

**Psychische Störungen bei Patienten einer
Sozialstation**

Eine deskriptiv-evaluative Studie

Friedemann Bürk

1979

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. H. Hippus

Psychische Störungen bei Patienten einer
Sozialstation

Eine deskriptiv-evaluative Studie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Friedemann Bürk

aus

Kreßbronn

1978



Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität
München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Mitberichterstatter:

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 18. 5. 1979

Inhaltsübersicht

1	<u>Einleitung</u>	1
1.1	Die soziale Dimension psychischer Erkrankung	1
1.1.1	Einige Ergebnisse epidemiologischer Forschung	1
1.1.2	Alte Menschen	4
1.1.2.1	Demographische Daten	4
1.1.2.2	Soziale Situation älterer Menschen	5
1.1.2.3	Allgemeinmedizinische Aspekte bei älteren Menschen	7
1.1.2.4	Epidemiologische Befunde alterspsychiatrischer Erkrankungen	8
1.1.3	Obdachlose	10
1.2	Der ambulante Versorgungssektor	13
1.2.1	Ambulante Krankenpflege	13
1.2.2	Sozialstationen	15
1.3	Evaluative Forschung	17
1.4	Ziel der Arbeit	18
2	<u>Methodik</u>	19
2.1	Beschreibung der Sozialstation	19
2.1.1	Einzugsgebiet	19
2.1.2	Träger der Sozialstation	20
2.1.3	Ausstattung und Tätigkeit der Sozialstation	21
2.1.4	Patienten der Sozialstation	22
2.2	Zugang zu den Patienten	23
2.3	Erhebungsinstrument	23
2.4	Gang der Erhebung	27
2.5	Auswertung	28

3	<u>Ergebnisse</u>	30
3.1	Deskription der Population	30
3.1.1	Soziale Daten	30
3.1.2	Allgemeinmedizinische Daten	34
3.1.3	Psychiatrische Daten	36
3.2	Beziehungen zwischen psychiatrischen und sozialen Merkmalen	42
3.3	Eindrücke	45
4	<u>Diskussion</u>	50
5	<u>Tabellen und Abbildungen</u>	57
6	<u>Zusammenfassung</u>	90
7	<u>Literaturverzeichnis</u>	92

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit psychischen Störungen bei Patienten einer Sozialstation, einer Einrichtung, die im Bereich der ambulanten Krankenpflege, der ambulanten Altenpflege und der Haus- und Familienpflege tätig ist. Die Patienten eines solchen Dienstes wurden mit einem psychiatrischen Interview untersucht.

Doch ehe auf die Klientel der untersuchten Sozialstation, meist alte Menschen und zum Teil Obdachlose, näher eingegangen wird, seien einige Ergebnisse sozialpsychiatrischer Forschung angesprochen.

1.1 Die soziale Dimension psychischer Erkrankung

1.1.1 Einige Ergebnisse epidemiologischer Forschung

Die erste größere epidemiologische Erhebung der Nachkriegszeit fand in der Bundesrepublik 1965 in Mannheim statt (Häfner et al. 1969) und erbrachte Daten über die Behandlungsinzidenz psychiatrischer Störungen. Damit war noch keine Aussage über die "wahren" Erkrankungshäufigkeiten möglich. Denn das Verhältnis von Behandelten und nicht Behandelten in der Bevölkerung spiegelt nicht ausreichend genau die Verteilung von Kranken und Gesunden wider (Schlingensiepen 1967). Die Bereitschaft, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, hängt von vielfältigen Faktoren ab. Und gerade die Gruppen der Gesellschaft, die ein besonders hohes Erkrankungsrisiko aufweisen, wie z. B. alte oder obdachlose Menschen, finden besonders schwer Zugang zu Versorgungseinrichtungen. Das gilt in besonderem Maße für psychiatrische Einrichtungen (Bericht über die Lage der Psychiatrie 1975). Die Vorurteile gegenüber dem psychisch Kranken, allgemein verbreitet, die Ärzteschaft nicht ausgenommen, ist mit verantwortlich für die Blindheit gegenüber psychischen Störungen. Familie und Freunde verschließen oft verhängnisvoll lange ihre Augen vor psychischer Krankheit (Schlingensiepen 1967). Von daher gewinnen psychiatrische Untersuchungen, die ihre Daten an

nichtpsychiatrischen Einrichtungen erheben, an Wichtigkeit.

So ergaben Erhebungen in der Klientel ärztlicher Allgemeinpraxen in London (Shepherd, Cooper et al. 1966) und in "Kleinburg" (Strotzka et al. 1969), daß etwa 14 % der Bevölkerung während eines Jahres den Hausarzt wegen irgendeiner psychischen Erkrankung oder Störung aufsuchen. Ca. 1 % der Bevölkerung konsultiert innerhalb eines Jahres niedergelassene Psychiater, ca. 0,35 % der Bevölkerung wird innerhalb eines Jahres in psychiatrische Krankenhäuser aufgenommen (Bericht über die Lage der Psychiatrie 1975). Dabei überwiegen bei den praktischen Ärzten leichtere psychische Störungen (Neurosen und Persönlichkeitsstörungen), während der Anteil funktioneller und organischer Psychosen gering ist. Letztere machen einen beträchtlichen Anteil in fachpsychiatrischen Einrichtungen aus. Daß es auch unter den schweren psychischen Störungen einen hohen Anteil nicht institutionalisierter Fälle gibt, zeigte eine Untersuchung der über 65jährigen in Newcastle-upon-Tyne (Kay et al. 1964 a). Weniger als ein Fünftel der schweren organischen Psychosyn-drome war hospitalisiert, die meisten lebten zu Hause. Daten über die tatsächlichen Erkrankungshäufigkeiten sind daher am besten über die direkte Untersuchung der Bevölkerung zu erhalten.

Im Folgenden sollen einige Arbeiten angeführt werden, in denen Beziehungen zwischen Sozialfaktoren und psychischen Erkrankungen untersucht wurden.

"Die großen sozialpsychiatrischen Untersuchungen in den Vereinigten Staaten haben die Bedeutung der sozialen Schichtung für die Behandlungsbedürftigkeit, wie sie unabhängig von der Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste gegeben ist, für die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste und für die Folgen einer psychischen Erkrankung überzeugend herausgearbeitet" (v. Ferber 1975). Bezüglich diagnostischer Kategorien fanden Hollingshead und Redlich (1958) eine Häufung von Psychosen in den Unterschichten, in den oberen Schichten von Neurosen. Bei den Psychosen der Unterschichtpatienten handelt

es sich insbesondere um Schizophrenien, organische und Alterspsychosen (Strotzka 1972), während affektive Psychosen eng mit höherem sozioökonomischem Status verknüpft sind (Ødegard 1975). Faris und Dunham (1939) fanden die meisten senilen und arteriosklerotischen Psychosen bei Patienten aus dem ärmsten Stadtkern Chicagos. Reimann und Häfner (1972) registrierten in Mannheim für die organischen Syndrome älterer Menschen hohe Inzidenzraten in der unteren Schicht. Ober- und Mittelschichtangehörige finden eher den Weg zum niedergelassenen Psychiater, vor allem in einem früheren Alter bei leichteren Störungen, und es gelingt ihnen häufiger, den psychiatrischen Anstalten fernzubleiben, sogar bei schwerem körperlichen und seelischen Verfall in höherem Alter. Bei der Diskussion um schichtspezifische Erkrankungsraten und Kategorien muß das Arzt-Patient-Verhältnis berücksichtigt werden, da die Kommunikation zwischen Unterschicht-Patient und Arzt problematischer ist als die zwischen Vertretern derselben Schicht (Ødegard 1975).

Wachsende Bedeutung wird der Statusinkonsistenz beigemessen, d.h., daß Ausbildung, Einkommen, berufliches Prestige etc. nicht dasselbe Niveau einnehmen, was besonders neurotische Störungen begünstigt (Ødegard 1975).

Soziale Mobilität, insbesondere absteigender Richtung, ist mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko verbunden. Dabei scheint die psychische Erkrankung den sozialen Abstieg zu bedingen. Der erreichte niedrige soziale Status ist nach Ødegard (1975) Folge eines Selektionsprozesses.

Bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede fällt "die Häufung jeglicher depressiver Syndrome bei Frauen" auf, "die fast doppelt so häufig erkranken wie Männer" (v. Cranach 1974). Bei alten Patienten fanden Reimann und Häfner (1972) fast gleiche Inzidenzraten von Frauen und Männern. Die Männer erkrankten aber häufiger an hirnorganischen Abbauprozessen, akuten und chronischen Hirnsyndromen, Alkoholismus und Suchten, die Frauen dagegen mehr an affektiven Psychosen und Neurosen. In Allgemeinpraxen erwiesen sich Prävalenz und Ersterkrankungs-

raten für Frauen ungefähr doppelt so hoch wie die der Männer (Cooper 1972).

In der Population von Allgemeinpraxen konnte kein Überwiegen lediger Patienten festgestellt werden, wie von den Aufnahme-raten psychiatrischer Krankenhäuser her bekannt ist (Cooper 1972). Bei den Frauen zeigten sogar die Verheirateten höhere Erkrankungs-raten (Cooper 1972). Strotzka et al. (1969) fanden hohe Morbidität bei Geschiedenen.

Bei alten Menschen wurde gefunden, daß die Verwitwung bzw. der Verlust naher Angehöriger eine schwere Belastung darstellt. Im Jahr nach dem Verlust ist die Aufnahme-rates in ein psychiatrisches Krankenhaus erhöht (Parkes 1970). Andere Faktoren spielen dabei zusätzlich eine bedeutende Rolle. Zur Vereinsamung kann auch eine körperliche Behinderung, der Verlust der Berufsrolle mit ihren vielfältigen Sozialkontakten oder eine unbefriedigende persönliche Beziehung führen. Bei der Diskussion um die soziale Situation älterer Menschen nimmt das Problem der Isolation einen hohen Stellenwert ein.

1.1.2 Alte Menschen

Altern ist ein Vorgang, der sich bei jedem Menschen fortlaufend und in unterschiedlicher Ausprägung vollzieht, abhängig von vielfältigen Einflußfaktoren. Die Zahl der erreichten Jahre spielt dabei nur eine untergeordnete Rolle, aber gerade sie wird zur Definition der alten Menschen herangezogen. In verschiedenen Ländern wird die Altersgrenze unterschiedlich angesetzt. Bei uns setzen die Renten- und Pensionszahlungen in der Regel spätestens mit 65 Jahren ein; das bedeutet für den Betroffenen, nun zu den sogenannten alten Menschen zu gehören.

1.1.2.1 Demographische Daten

Der Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung hat innerhalb des letzten Jahrhunderts erheblich zugenommen. 1871 betrug dieser Anteil im Deutschen Reich 4,6 %, 1974 in der BRD 14,0 %. Die Lebenserwartung der 65jährigen stieg innerhalb der letzten 100 Jahre allerdings nur wenig an: bei den Männern von 9,5 auf 12 Jahre, bei den Frauen von knapp 10 auf

15 Jahre. Eine bedeutende Rolle für die jetzige Altersstruktur spielt die Abnahme der Geburtenziffern. Ferner hinterlassen die Weltkriege ihre Spuren in der Bevölkerungspyramide und in der weiteren Entwicklung. So wird es bis 1980 zu einem Anstieg des Anteils der über 65jährigen auf ca. 15 % kommen, der sich anschließend wieder etwas verringern wird (Schwarz 1975). Dabei beträgt das Geschlechtsverhältnis männlich zu weiblich ca. 1 : 1,5, in höherem Alter ist es noch mehr zu Ungunsten der Männer verschoben.

Derzeit gehört jeder 7. Bundesbürger zur Gruppe der über 65-jährigen.

1.1.2.2 Soziale Situation älterer Menschen

"Das Elend der alten Leute" (Schenda 1972) trat erst auf mit der Industrialisierung, mit der Wandlung der ländlichen, seßhaften Großfamilie zur urbanen, mobilen Kleinfamilie. Für die Alten existieren keine spezifischen Rollen mehr, sie werden höchstens zu gelegentlichen Hilfeleistungen gebraucht. Aus den in der Leistungsgesellschaft hoch bewerteten Bereichen sind sie ausgeschieden. So führt der Verlust der Berufsrolle, die Mittel zur Selbst- und Fremdeinschätzung war (Moore und Kleinig 1960), zu Verunsicherung und zum Wegfall vielfältiger Sozialkontakte und Gruppenmitgliedschaften. Finanzielle Einbußen beschränken die Möglichkeiten des Konsums und der aktiven Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Ferner kommt es zur Verinnerlichung gesellschaftlicher Rollenerwartungen gegenüber dem alten als einem inaktiven und hilfsbedürftigen Menschen. Das führt zu entsprechendem Verhalten und Selbsteinschätzung (Naegele 1975). Die von der "Disengagementtheorie des Alterns" (Cumming und Henry 1961) angenommene Beziehung zwischen sozialem Disengagement und höherer Zufriedenheit im Alter wurde inzwischen widerlegt (Thomae 1976). Es besteht der Wunsch, am sozialen Leben teilzunehmen. Die alten Menschen wollen nicht unter sich sein, wie eine Befragung ergab (Landeshauptstadt München, Sozialreferat 1972). Die Hälfte der Befragten bevorzugten Veranstaltungen, die für alle Altersgruppen zugänglich sind. Des weiteren wollte man möglichst lange

in der jetzigen Wohnung bleiben. 3/4 der befragten Antragsteller auf einen Platz im Altenheim stellten den Antrag nur vorsorglich für den Fall einer Verschlechterung ihrer Situation. Die Einstellung zum Altenheim ist vielmehr stark negativ (Thomae 1976), wenngleich man nach Sozialschichten differenzieren muß. So denken bei den Beamten 14 % daran, in ein Altenheim zu gehen, während es bei selbständigen Kaufleuten 10 %, bei Angestellten 5 % und bei Arbeitern nur 4 % sind (Diekershoff 1970). Institutionalisiert waren in der BRD im Jahre 1971 nicht ganz 3 % der über 65jährigen (Thomae 1976).

Trotz des großen Wunsches, in der Wohnung zu bleiben, sind die Wohnverhältnisse älterer Menschen bezüglich sanitärer Ausstattung, Heizung und Lagequalität schlecht. Die Probleme älterer Menschen bei Altstadtsanierungen sind bekannt. Sie werden aus ihrem vertrauten Stadtviertel herausgerissen und in die Anonymität steriler Neubaubezirke oder womöglich sogar in eine Notunterkunft verfrachtet. Ihre finanzielle Situation erlaubt es ihnen oft nicht, eine angemessene Wohnung zu finden. Diese schlechten Wohnverhältnisse sind im Alter besonders zu beklagen, weil der Aktionsradius insbesondere des behinderten alten Menschen eingeschränkt und auf die Wohnung begrenzt ist. So kommt es leicht zu sozialer Isolation, besonders bei Alleinstehenden, Kinderlosen, Unverheirateten, Heimbewohnern und einem hohen Anteil der Personen mit psychiatrischen Alterskrankheiten (Lauter 1974). Von Kontaktarmut besonders betroffen sind die Arbeiterwitwen, deren finanzielle Situation besonders schlecht ist (Diekershoff 1970).

Die Zahl der Menschen, deren Rente kaum das Existenzminimum erreicht, ist erschreckend hoch. In dieser Situation resignieren viele alte Menschen. Die Barrieren sind oft zu groß, z. B. das Recht auf Sozialhilfe in Anspruch zu nehmen. Man will kein sozial disqualifizierter Sozialhilfeempfänger sein und verzichtet auf eine Antragstellung, auch wenn gerade Altenhilfe nach § 75 BSHG nicht auf den Kreis der finanziell Minderbemittelten begrenzt ist.

Trotz dieser Barrieren waren in der BRD 1971 knapp ein Drittel

aller Empfänger von Sozialhilfe 65 Jahre und älter, unter den älteren Frauen sogar 40 % (Fülgraff 1976). Unter den über 65-jährigen Sozialhilfeempfängern waren in München 1970 92,8 % Frauen (Landeshauptstadt München, Sozialreferat 1972). Die Frauen sind also im Alter besonders benachteiligt.

1.1.2.3 Allgemeinmedizinische Aspekte bei älteren Menschen

Bei der Hälfte der über 65jährigen liegen körperliche Leiden vor. So ergab ein vom Statistischen Bundesamt (1971) durchgeführter Mikrozensus, daß 49,8 % dieser Bevölkerungsgruppe unter meist chronischen Krankheiten zu leiden hat. Dabei handelt es sich vor allem um Kreislaufstörungen, Krankheiten der Bewegungsorgane, der Atmungswege und um Stoffwechselerkrankungen. Bergener et al. (1974) fanden in ihrer Neuaufnahme-Studie in Alten- und Pflegeheimen bei 77,5 % der untersuchten Patienten ein somatisches Leiden. 50 % litten unter Herz-Kreislauf-Störungen, ebenfalls 50 % unter Arthrosen und chronischem Rheumatismus, 23 % an Stoffwechselstörungen und 10 % an Erkrankungen des Urogenitalsystems. 42 % der Neuaufgenommenen wiesen zwei oder mehr körperliche Erkrankungen verschiedener Organsysteme auf.

Von dem Personenkreis mit somatischer Diagnose hatten 60 % gleichzeitig auch ein psychisches Leiden. Betrachtet man die Patienten mit psychischer Erkrankung, so hatten von ihnen 3/4 (76 %) gleichzeitig auch ein mittelgradiges oder schweres somatisches Leiden. Dabei waren psychoorganische Störungen und Mischformen psychischer Erkrankungen in einem höheren Prozentsatz mit Herz-Kreislauf-Störungen und Erkrankungen des Urogenital-Systems gekoppelt als funktionelle Syndrome. Die enge Beziehung zwischen dem psychiatrischen Befund und dem körperlichen Gesundheitszustand Älterer Menschen wurde in mehreren Untersuchungen nachgewiesen (Lauter 1974). Neben organischen und akuten exogenen Psychosen muß man an depressive Syndrome sowie an die Beziehungen zwischen Spätschizophrenie und Einbußen des Seh- und Hörvermögens denken.

1.1.2.4 Epidemiologische Befunde alterspsychiatrischer Erkrankungen

Bei der Betrachtung von Krankenhausstatistiken fällt auf, "daß in den meisten westlichen Ländern der Anteil der über 65jährigen an den Erstaufnahmen und am Stichtagsbestand psychiatrischer Institutionen erheblich angestiegen ist" (Lauter 1974). So machten psychische Störungen des höheren Lebensalters ein Drittel aller Erstaufnahmen in sieben Westfälischen Landeskrankenhäusern aus. Dabei dürfte es sich nicht um eine echte Zunahme gerontopsychiatrischer Erkrankungen handeln, sondern um eine vermehrte Inanspruchnahme psychiatrischer Institutionen.

Wie sehr die Versorgung von psychisch Kranken in Allgemeinkrankenhäusern einerseits von den Möglichkeiten psychiatrischer Versorgung und andererseits auch von der Einstellung der Ärzte zu psychisch Kranken abhängt, zeigte eine Untersuchung von Siede et al. (1975). So bezeichneten die Stationsärzte im Durchschnitt nur 2,6 % der Alterskranken als psychisch auffällig, und nur bei einem Drittel der Patienten mit psychischen Störungen des höheren Lebensalters wurde ein Nervenarzt hinzugezogen. Zerebralsklerotiker wurden beispielsweise nur von 26 % der chirurgisch tätigen Ärzte für psychisch krank gehalten, bei den internen Abteilungen war der Anteil mit 45 % höher. Dort, wo die psychiatrischen Versorgungsmöglichkeiten besser waren, hatten die Ärzte auch weniger Vorurteile gegenüber psychischen Störungen, mit ein Argument für die Einrichtung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Diese Unterversorgung psychisch kranker alter Menschen setzt sich fort in den Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe. Bergener et al. (1974) fanden in Nordrhein-Westfalen, daß 29 % der Bewohner in Alten- und Pflegeheimen öffentlicher Träger und 14 % der Bewohner von Alten- und Altenpflegeheimen der freien Wohlfahrtsverbände psychiatrisch behandlungsbedürftig waren (Neuaufnahmen). Hirnorganische Störungen fanden sich in Heimen öffentlicher Träger

zu 59 % (20 % in mittlerer oder schwerer Ausprägung), in Heimen freigemeinnütziger Träger zu 40 % (9 % in mittlerer oder schwerer Ausprägung). Die Häufigkeit funktioneller Störungen war 17 % (11 % mittlerer oder schwerer Ausprägung) beziehungsweise 15 % (5 %). Das Ausmaß der Fehlplatzierung wird noch deutlicher bei Betrachtung der Situation in den Landeskrankenhäusern, wo viele gebrechliche und pflegebedürftige alte Menschen verbleiben, obwohl stationäre psychiatrische Betreuung nicht mehr erforderlich ist. Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD (1975) fordert daher auch den bevorzugten Aus- und Aufbau der komplementären Dienste.

Die Konsultationsinzidenz alter Menschen untersuchten Reimann und Häfner (1972) in Mannheim. Sie lag für die über 60jährigen mit 11,17 o/oo kaum über der aller Altersstufen (11,13 o/oo). In mehr als der Hälfte der Fälle (56 %) waren Abbauprozesse der Anlaß zur Erstkonsultation. In der Häufigkeit folgten affektive Psychosen mit 15 %, akute und chronische Hirnsyndrome mit 12 %. Neurotische Störungen betrugen nur 6 %, wohingegen sie bei Mannheimern aller Altersstufen ein Drittel betrugen (30 %). Bei den über 60jährigen wurde die Erstdiagnose "Alkoholismus und Suchten" in 4 % gestellt, Schizophrenie in 3 %.

Über Alterspatienten in der Sprechstunde des Internisten und des praktischen Arztes berichtete Meyer (1975). Der Prozentsatz der psychisch Auffälligen unter den über 65jährigen Patienten betrug in Allgemeinpraxen 20,3 %, im internen Krankengut 10,8 %. Dabei wunderte, wie wenig Ärzte ambulante Sozialdienste für erforderlich hielten, in der Allgemeinpraxis zum Beispiel nur in 0,5 %.

Feldstudien, die sich mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen befaßt haben, kamen zu recht übereinstimmenden Ergebnissen (Lauter 1974). Die Übereinstimmung ist bei schweren organischen und endogenen Psychosen am größten. Die Prävalenz beträgt hier zwischen 6 und 8 %. Diagnostisch schwerer abgrenzbar sind Neurosen und abnorme Persönlichkeiten (8,7 bis 17,6 %)

und leichte intellektuelle Abbausyndrome (5,7 bis 15,4 %). Psychische Störungen sind so bei etwa 25 bis 30 % der über 65jährigen Bevölkerung vorhanden. Jeder 3. bis 4. Fall hat eine Psychose, nur jeder 6. bis 10. Patient eine senile oder arteriosklerotische Demenz. Behandlungsbedürftigkeit besteht nicht bei allen in Feldstudien erfaßten psychischen Störungen. Sie wird bei der Gruppe der über 65jährigen auf 15 % veranschlagt, dabei für 14 % ambulante und für 1 % stationäre Behandlung für notwendig erachtet.

Wie schon oben erwähnt, stellten Kay et al. (1964) die große Zahl an gerontopsychiatrischen Fällen fest, die zu Hause lebten. Sie war für alle psychischen Störungen 14mal größer als die der institutionalisierten Patienten. Bei den Psychosen betrug dieser Faktor 8, für schwere Hirnsyndrome sogar 6. Bei leichten Hirnsyndromen, Neurosen und Charakterstörungen zusammengenommen war das Verhältnis der zu Hause lebenden zu den institutionalisierten Fällen 23 : 1.

In welchem Ausmaß potentielle gerontopsychiatrische Patienten andere als die erwähnten Dienste in Anspruch nehmen, ist noch wenig bekannt. Evaluative Forschung steckt erst in den Anfängen. Aus England berichtete Harwin (1973) über eine laufende Untersuchung, die sich mit psychiatrischer Morbidität unter den körperlich behinderten älteren Menschen beschäftigt, die von "district nurses" und "GPs" versorgt werden. Entsprechende Untersuchungen sind in der BRD bislang nicht durchgeführt worden.

Bevor wir uns der Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen im ambulanten Bereich zuwenden, sei an eine andere von der Gesellschaft vernachlässigte Gruppe erinnert.

1.1.3 Obdachlose

Die sozialen Randgruppen sind als sogenannte Risikogruppen über die Epidemiologie ins sozialpsychiatrische Blickfeld geraten (Pörksen 1974). Es handelt sich um "sozial desintegrierte Einzelpersonen und Familien, verarmte Familien in

Notunterkünften und Slums, Nichtseßhafte, Obdachlose usw." (Bericht über die Lage der Psychiatrie 1975). Während die Psychiatrie-Enquete im Kapitel "Dienste für spezielle Patientengruppen" den ca. 70 000 Nichtseßhaften in der BRD einen großen Abschnitt widmet, wird das Obdachlosenproblem nicht explizit behandelt. Die psychiatrische Literatur hat sich in der Bundesrepublik bisher nur am Rande mit diesem Phänomen beschäftigt (Richter 1972, Pörksen 1974). Daß es sich dabei nicht um eine irrelevante Randerscheinung handelt, belegen die Zahlen. Sie bewegen sich zwischen 500 000 (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1976) und 800 000 (Hochhut 1971) Obdachlose in der Bundesrepublik bzw. zwischen 1,2 und 2,0 % der Gesamtbevölkerung (Brisch 1967). Dabei ist ihre Zahl im Anwachsen (Direktorium Investitionsplanungs- und Olympiaamt München 1967).

Die Begriffe "obdachlos" und "nichtseßhaft" werden oft verwechselt. Nichtseßhafte "sind Personen, die ohne gesicherte wirtschaftliche Lebensgrundlage umherziehen oder sich zur Vorbereitung auf eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft oder zur dauernden persönlichen Betreuung in einer Einrichtung für Nichtseßhafte aufhalten", Obdachlose dagegen "Personen, die in Obdachlosen- oder sonstigen Behelfsunterkünften oder in vergleichbaren Unterkünften leben" (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1976). Mit den Bewohnern kommunaler Obdachlosenunterkünfte werden keine privatrechtlichen Miet- oder Überlassungsverträge abgeschlossen, es wird lediglich ein öffentlich-rechtliches Benützungsverhältnis begründet, wodurch die Verwaltung alle ihr "geeignet" erscheinenden Maßnahmen treffen kann. Die primitiven Bauten, die später kurz beschrieben werden, "sollen sich deutlich von Wohnungen unterscheiden, damit für die Bewohner der Anreiz bleibt, sich wieder um eine Normalwohnung zu bemühen" (Direktorium Investitionsplanungs- und Olympiaamt München 1967). Daß dazu viele Obdachlose nicht in der Lage sind, zeigt die Dauer des Aufenthaltes in Wohnunterkünften. Ca. die Hälfte der Wohnparteien ist länger als drei Jahre unter diesen Bedingungen untergebracht (Haag

1973). Bezüglich der Einweisungsgründe ergab eine Hamburger Erhebung, die sich von 1964 bis 1969 erstreckte, die stetige Zunahme der wegen Mietschulden eingewiesenen Familien (1969: 35,5 %) und den hohen Anteil von Frauen mit Kindern, die ihre Wohnung im Zusammenhang mit den sozialen und ökonomischen Schwierigkeiten einer Scheidung verloren haben (Haag 1973). Ein Weg, um Obdachlosigkeit vorzubeugen, ist daher die Übernahme von Mietrückständen durch die Sozialbehörde.

Der Anteil der Kinder in den Notunterkünften ist mit 58 % doppelt so hoch wie es ihrem Anteil in der Bevölkerung entspricht; die kinderreichen Familien sind überrepräsentiert. Ca. 50 % der Kinder besuchen die Sonderschule, kaum eines eine weiterführende Schule (Haag 1973). Die Wohndichte ist extrem hoch.

Fast alle Berufstätigen sind Arbeiter, meist ungelernt.

Die Obdachlosen sind keine homogene Gruppe, doch lassen sich einige Charakteristika aufzeigen, die um so eher auf einen Betroffenen zutreffen, je länger er sich in einem solchen Wohngetto aufhält.

1. Die Obdachlosen leben isoliert. Sie pflegen kaum Kontakte mit Menschen außerhalb des Unterkunftsbereichs, und auch untereinander sind sie kontaktgestört. Der von außen auf sie lastende Diskriminationsdruck wirkt sich unter den Bewohnern aus. Eine Solidarität der Benachteiligten kann so nicht entstehen.

2. Sie sind aggressiv, reizbar oder apathisch (Pörksen 1974). "In der Verschränkung von sozialen, wirtschaftlichen und seelischen Belastungen findet sich ein hohes Ausmaß an Alkoholismus, Familienzerfall, Delinquenz, Dissozialität und psychischen Krankheiten" (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland 1975).

3. Die Bedingungen, unter denen die Kinder aufwachsen, führen zu umfassenden Störungen der Sozialisation. So "vererbt" sich "Mietunfähigkeit" oftmals von Generation zu Generation (Direktorium Investitionsplanungs- und Olympiamaat München

1967).

Während Richter (1972) dafür plädiert, die Leiden der Obdachlosen als Krankheit anzuerkennen, befürchtet Pörksen (1974), daß damit der "Psychiatisierung" gesellschaftlicher Phänomene Vorschub geleistet werde. Es handle sich hier um ein gesamtgesellschaftliches Phänomen, das vorrangig mit sozioökonomischen und psychosozialen Bedingungen zusammenhänge, zu deren Beseitigung mehr als Therapie gehöre. Als Methode in der Arbeit mit Obdachlosen beschreibt Pörksen das Vorgehen der Gemeinwesenarbeit. Dabei ergeben sich für den Psychiater Aufgaben der Beratung.

Richter beteiligte sich an einer Initiativgruppe eines Obdachlosengebietes. Der Bericht über die Lage der Psychiatrie (1975) spricht sich dafür aus, dieser Personengruppe ein Angebot psychiatrischer Hilfe aktiv entgegenzubringen.

1.2 Der ambulante Versorgungssektor

1.2.1 Ambulante Krankenpflege

Während in der Bundesrepublik das System der stationären medizinischen Versorgung gut ausgebaut und auch die ambulante ärztliche Versorgung trotz teilweise bestehender Lücken, vor allem in ländlichen Gebieten, mehr oder weniger gewährleistet ist, wurde der Aufbau eines Netzes ambulanter Krankenpflegeeinrichtungen völlig vernachlässigt. Diese Aufgabe wurde bislang fast ausschließlich von den Kirchen wahrgenommen. Eine Gemeindeschwester versorgte kranke und alte Menschen innerhalb einer Kirchengemeinde, soweit es ihre Kapazität zuließ. Die Bevölkerung hat sich mit dem Versorgungsmangel in diesem Bereich so sehr abgefunden, daß Krankenpflege mit stationärer Pflege gleichgesetzt wird. Dabei führte die Entwicklung in der Medizin zu einem vermehrten Bedarf an ambulanter Krankenpflege. Der medizinisch-technische Fortschritt vermochte bei manchen Krankheitsbildern

den drohenden Tod hinauszuschieben (Heimdialyse, Herzschrittmacher) oder überhaupt ein Überleben schwerer Verletzungen zu ermöglichen mit erweiterten Aufgaben der Rehabilitation (Querschnittslähmung etc.). Auch gewinnen Kostenüberlegungen im Gesundheitsbereich mehr an Bedeutung und lassen eine lange Pflege in spezialisierten und hochtechnisierten Einrichtungen unrentabel erscheinen. Soziologische Veränderungen ließen das Potential an privater und familiärer Pflege schrumpfen. Innerhalb der Großfamilie konnten viele Pflegeleistungen von Angehörigen erbracht werden. Heute dagegen ist der Anteil alleinstehender und alter Menschen größer geworden. "Nachbarschaftshilfe, die früher gang und gäbe war, wird immer seltener" (Pirkl 1975).

Weiterhin ist der Akt der Institutionalisierung für den Betroffenen nicht unproblematisch. Die Aufnahme in ein Krankenhaus oder ein Pflegeheim stellt "Anforderungen an das körperliche und seelische Umstellungsvermögen, denen gerade der alte Mensch nicht gewachsen ist; Rosin und Boyd (1966) haben nachgewiesen, daß 72 % der Patienten, die auf eine geriatrische Station eingewiesen wurden, sekundäre medizinische Komplikationen entwickelten, von denen die Hälfte mit dem Einweisungsgrund nicht zusammenhängen" (Lauter 1974). Ferner beinhaltet jeder längere Aufenthalt die Gefahr der Regression mit Abnahme der Eigeninitiative, Verstärkung der Immobilität und Abnahme von Sozialkontakten. Die klinische Einweisung wird so oft zur Endstation.

Um dem alten Menschen wie auch dem chronisch Kranken möglichst lange das Leben in der vertrauten Umgebung der Wohnung und Gemeinde zu ermöglichen, ist der Ausbau des ambulanten und teilstationären Versorgungssektors von großer Wichtigkeit.

Ambulante Kranken- und Altenpflege muß über die rein körperliche Pflege hinausgehen und einmünden in einen recht umfangreichen Katalog offener Hilfen für Alte und Pflegebedürftige.

Dieser umfaßt (Haag, G. 1972):

- a) Beratung in Form von Hausbesuchen für verschiedene Probleme;
- b) Gesundheitsfürsorgerische Hilfen wie Krankenpflege, Mahlzeitendienst auf Rädern, Körperpflege, Bewegungstherapie, Gymnastik, Massagen, Beschäftigungstherapie, Reha-bilitationshilfen allgemein;
- c) Vermittlungsdienst, Überprüfung der Notwendigkeit zur Inanspruchnahme offener und halboffener Hilfen durch Hausbesuche;
- d) Kommunikationshilfen wie Besuchsdienste, Transportdienste;
- e) Persönliche und technische Hilfen wie Hilfen bei schriftlichen Angelegenheiten, Einkaufshilfen, Wäsche-Abholdienste, Telefondienste etc..

Diesen vielfältigen Aufgaben sind die traditionellen Gemein-de-Krankenpflegestationen in keiner Weise gewachsen.

Ihre Zahl nahm zudem in den letzten Jahren stark ab. Von 1959 bis 1973 verminderte sie sich im Gesamtbereich der freien Wohlfahrtspflege Bayerns um 30 %, die Zahl der dort Tätigen sogar um 40 % (Schmitt 1974).

So gab es Ende 1973 in Bayern nur noch knapp 1100 solcher Stationen mit etwa 1600 Schwestern (Pirkl 1975).

Diese rückläufige Tendenz ist vor allem zurückzuführen auf die Überalterung der Schwestern bei geringer Attraktivität der ambulanten Krankenpflege für jüngere Fachkräfte.

1.2.2 Sozialstationen

Im ambulanten Versorgungssektor tauchte in den letzten Jahren der Begriff der "Sozialstation" auf. 1970 findet er sich im Landesaltenplan des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz. Am Ende des gleichen Jahres wird vom Caritasverband in Worms die erste Sozialstation eingerichtet. In der Folge entstehen weitere Einrichtungen in Rheinland-Pfalz und Baden-Württem-

berg. Im zweiten bayerischen Landesplan für Altenhilfe (1972) werden die Sozialstationen in die Konzeption der Altenhilfe einbezogen. 1973 werden acht Sozialstationen in Bayern eingerichtet, zuerst in einer dreijährigen Modellphase (Schmitt 1974). Am 1. Juni 1975 gab es in Bayern 22 staatlich geförderte Sozialstationen, Ende 1976 insgesamt 37 (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung 1976). Das Ziel ist ein Netz von Sozialstationen im ganzen Land.

"Sozialstationen sind Einrichtungen, in denen die ambulante Krankenpflege, die ambulante Altenpflege und die Haus- und Familienpflege organisatorisch zusammengefaßt sind. Darüberhinaus sind die Sozialstationen auch Hilfs- und Leitstellen für Ratsuchende in sozialen Angelegenheiten. ... Als Hilfs- und Leitstellen obliegt es den Sozialstationen, Ratsuchende darauf hinzuweisen, welche Stellen und Behörden in sozialen Angelegenheiten für die Gewährung von Hilfe zuständig sind und beraten." (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung 1976)

Nach dem Subsidiaritätsprinzip sollen als Träger grundsätzlich die Verbände der freien Wohlfahrtspflege fungieren. Nur falls diese nicht bereit oder in der Lage sind, eine Sozialstation einzurichten, können auch Kommunen Träger sein. Dieser Fall trat bisher in Bayern nicht ein.

In den Richtlinien für die Förderung von Sozialstationen war u.a. die Beschäftigung von mindestens drei hauptberuflichen Fach-Pflegekräften, der Einsatz von möglichst vielen ehrenamtlichen und nebenberuflichen Kräften sowie die Versorgung von mindestens 15 000 Einwohnern je Station, in den Städten mindestens 25 000 Einwohnern pro Sozialstation vorgeschrieben.

Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, den Krankenhäusern und den Altenheimen sowie weiteren Behörden und Stellen wurde eigens gefordert.

1.3 Evaluative Forschung

Vor der Einführung eines neuen Pharmakons werden Untersuchungen über dessen Wirksamkeit, chemischen Aufbau, Pharmakologie, Toxikologie etc. gefordert. Eine sinnvolle und rationelle Pharmakotherapie ist ohne diesen Aufwand nicht möglich. In analoger Weise müssen auch andere somatische Behandlungsformen kritisch untersucht werden. Dieselben Forderungen sind zu stellen an psychotherapeutische und soziotherapeutische Verfahren, selbst wenn sich hierbei große methodische Probleme ergeben. Nur mittels Daten über den entsprechenden Indikationsbereich, Wirkungsweise, Wirksamkeit, Effizienz und vorhandenen Bedarf an einer Therapieform lassen sich Planungen im Gesundheitsbereich durchführen. Ein therapeutisches Verfahren, in größerem Zusammenhang ein Gesundheitswesen mit seinen einzelnen Diensten, arbeitet erst dann zufriedenstellend, wenn die Bedürfnisse der Hilfesuchenden befriedigt, die Beschwerden und Probleme der Behandelten reduziert werden. Diesem Problemkomplex widmet sich die evaluative Forschung.

Zur Strategie evaluativer Forschung psychiatrischer Dienste formulierte Wing sechs Fragen:

1. Wieviele Personen sind mit den verschiedenen, schon vorhandenen psychiatrischen Einrichtungen in Verbindung, von welchen Einrichtungen und wie häufig machen sie davon Gebrauch, und wie sind die zeitlichen Entwicklungstendenzen in den Besuchsfrequenzen ?
2. Welches sind die Bedürfnisse dieser Personen und ihrer Angehörigen ?
3. Decken die zur Zeit angebotenen Versorgungseinrichtungen diese Bedürfnisse auf eine wirksame und wirtschaftliche Weise ?
4. Wieviele Personen, die nicht in Verbindung mit den psychiatrischen Versorgungseinrichtungen stehen, haben einen Bedarf an psychiatrischer Hilfe; ist dieser Bedarf verschieden von dem der Personen, die mit den psychiatrischen Einrichtungen schon in Verbindung stehen ?

5. Welche neuen Einrichtungen oder Änderungen schon bestehender Einrichtungen würden am besten die noch unbehandelten Bedürfnisse decken ?
6. Wenn Erneuerungen im psychiatrischen Versorgungssystem eingeführt werden, führt das tatsächlich zu einer Verminderung der noch nicht gedeckten Bedürfnisse ? (Wing 1975)

1.4 Ziel der Arbeit

Nach den Daten, die an verschiedenen medizinischen und sozialen Diensten und direkt in der Bevölkerung erhoben wurden, ist zu erwarten, daß unter den von einer Sozialstation betreuten Patienten ein beträchtlicher Anteil an psychischen Störungen leidet. Mit vorliegender Arbeit soll die Größenordnung psychischer Störungen im Klientel einer Sozialstation abgeschätzt und eine Aussage über den Bedarf an psychiatrischer Behandlung versucht werden.

Die Arbeit bewegt sich im deskriptiven Bereich evaluativer Forschung. Daher kann zu Fragen der Effektivitätsevaluation in diesem Rahmen nicht Stellung genommen werden.

Nebenbei soll versucht werden, ob sich an den in der interviewten Population erhobenen Daten einige Beziehungen zwischen psychiatrischen und sozialen Merkmalen aufzeigen lassen.

Schließlich sollen einige Eindrücke wiedergegeben werden, die bei Hausbesuchen, vorwiegend im Obdachlosen-Milieu, gesammelt wurden.

2 Methodik

2.1 Beschreibung der Sozialstation

2.1.1 Einzugsgebiet

Die Sozialstation ALTERSHILFE MÜNCHEN-NORD/HASENBERGL liegt im Norden Münchens in der Nähe des Stadtrandes. Ihr Einzugsgebiet ist hauptsächlich das Stadtviertel 3321 Hasenberg1 (Abbildung 1).

Am 31. 12. 75 hatte Hasenberg1 27 872 Einwohner (Statistisches Amt (a)), die zum großen Teil in eintönigen Wohnblöcken wohnen. Circa 90 % der Wohnungen entstanden nach 1949 im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus (Statistisches Amt (c)). In Hasenberg1-Nord befindet sich die größte Obdachlosen-Wohnanlage Münchens mit 772 Unterkünften.

Die Bevölkerungsdichte ist sehr hoch. Es wohnen hier viele kinderreiches Familien. So ist im Stadtbezirk 332 (Abbildung 1) der Anteil der Personen, die 1970 in Haushalten mit 5 und mehr Personen lebten, mehr als doppelt so groß wie im Münchner Durchschnitt. Pro Haushalt lebten hier 2,8 Personen gegenüber 2,1 Personen in München (Statistisches Amt (a)). Der Anteil der 6 bis 17jährigen an der Wohnbevölkerung ist in Hasenberg1 mit 24,9 % doppelt so hoch wie in München (12,5 %), wohingegen der Anteil der über 65jährigen mit 9,5 % unter dem Durchschnittswert der Stadt von 13,5 % liegt (Stand 31. 12. 75; Statistisches Amt (a) und (b)).

Es kann von einem nahezu reinen Wohnbezirk gesprochen werden mit einer geringen Zahl an Arbeitsplätzen.

Der Anteil der Arbeiter an den Erwerbspersonen ist im Stadtbezirk 33 mit 51,9 % hoch gegenüber 36,6 % in München. Der Anteil der Personen mit Volksschulabschluß als höchstem Abschluß beträgt in München 64,4 % (Stand 1970), im Stadtbezirk 332 sind es 76,7 %. Im Stadtbezirk 33 Feldmoching gibt es zwar 12 Volksschulen, aber außer der ersten Münchner Gesamtschule keine weiterführenden Schulen.

Weitere Mängel der Infrastruktur sind das geringe Angebot an Geschäften. So kamen 1968 auf 1000 Einwohner 2 Geschäfte

(München 6 Geschäfte), der Umsatz war mit DM 880.- pro Einwohner am zweitniedrigsten in München gegenüber DM 3256.- pro Einwohner im städtischen Durchschnitt (Statistisches Amt (c)).

Für unsere Zwecke interessanter ist die mangelhafte ärztliche Versorgung. Während in München auf einen Arzt 669 Einwohner entfallen, sind es im Stadtbezirk 33 Feldmoching 1852 Einwohner pro Arzt, also fast dreimal so viele (Statistisches Amt (d)). Auf einen Zahnarzt entfallen 4365 Einwohner gegenüber 1358 im städtischen Durchschnitt. Feldmoching erscheint in der Tabelle der Arztdichteziiffern in den Münchner Stadtbezirken, geordnet nach Zahl der Einwohner pro Kassenarzt, an drittletzter Stelle. An Fachärzten mangelt es besonders. So ist im Stadtbezirk 33 die Zahl der Fachärzte mit Kassenzulassung pro 10 000 Einwohner 2,2, in München 8,6 (berechnet nach Statistisches Amt (d)).

Das nächste Krankenhaus ist in Schwabing, 5 km vom Standort der Sozialstation entfernt.

In Hasenberg1 befindet sich ein großes Wohnstift mit 500 Plätzen, darunter 150 Plätze für Sozialhilfeempfänger, mit Pflegemöglichkeiten.

2.1.2 Träger der Sozialstation

Träger der Sozialstation ist der Soziale Beratungsdienst der Evangeliumskirchengemeinde München-Hasenberg1 e. V., der außerdem weitere soziale Dienste unterhält wie Beratungsdienst, Erziehungs- und Eheberatung, Heilpädagogische Kindertagesstätten für geistig und seelisch behinderte Kinder im Vorschulalter sowie das erste öffentlich geförderte Modell sozialpsychiatrischer Dienste in Bayern "Carolinenhilfe". Letztere, im September 1975 eröffnet, wird drei Jahre als Modellprojekt geführt und mit öffentlichen und kirchlichen Zuschüssen gefördert. Es umfaßt die Arbeit an psychisch kranken und gestörten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Naturgemäß bestehen enge Verflechtungen zwischen den Aufga-

benbereichen der Sozialstation und des sozialpsychiatrischen Dienstes.

Die Altershilfe Hasenberg1-Nord ist Sozialstation seit Januar 1975. Sie entwickelte sich aus einer Gemeinde-Krankenpflege-station, die von einer Gemeindeschwester geführt wurde. Durch den Einsatz freiwilliger Helfer, die einen Kurs für Haus- und Altenpflege besucht hatten, vergrößerte sich das Hilfsangebot. Seit September 1973 besteht die Altershilfe mit einem Versorgungsangebot auch für Personen außerhalb der Kirchengemeinde.

2.1.3 Ausstattung und Tätigkeit der Sozialstation

Die Sozialstation befindet sich im Erdgeschoß eines Blocks von Einfachstwohnungen, also nahe bei den Notunterkünften, und besteht aus einem Büroraum, zwei Arbeitsräumen, einem Gesprächszimmer, einem großen Raum mit Tischen und Stühlen, Fernsehapparat und Herd, in dem Essen der Stadtküche ausgeteilt und der im Winter als städtische Wärmestube genutzt wird, ferner aus einem Abstellraum und sanitären Anlagen.

Das Personal der Sozialstation bestand im Februar 1976 aus 6 vollbeschäftigten Personen (1 Krankenschwester, zugleich Leiterin der Einrichtung, 1 psychiatrische Fachkrankenschwester, 1 Altenpflegerin, 1 Familienpflegerin, 1 Diakonische Helferin sowie 1 Verwaltungsangestellte), aus einem Zivildienstleistenden (ausgebildeter Krankenpfleger) sowie weiteren Personen, die teilzeit- bzw. stundenweise beschäftigt waren (Tabelle 2 a). Die Gruppe der teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter, die circa die Hälfte der unmittelbar am Patienten aufgewandten Zeit leistete, setzte sich zusammen aus 1 Krankenschwester, 4 Schülerinnen der Kranken- bzw. Altenpflege sowie 17 Helferinnen, die großteils nur einzelne Stunden verrichteten, z.B. ein- bis zweimal pro Woche die Wohnung des Patienten reinigten, Einkäufe besorgten oder einen Patienten dabei begleiteten.

Im Februar 1976 wurden insgesamt 1375 Stunden unmittelbar

im Kontakt mit dem Patienten aufgewandt. Auf jeden der 83 Patienten entfielen somit im Monat circa 16 Stunden bzw. 4 Stunden wöchentlich.

In Tabelle 2 b ist die Tätigkeit der Sozialstation aufgliedert nach dem prozentualen Zeitaufwand (viertes Quartal 75). Der Schwerpunkt lag bei der ambulanten Krankenpflege, gefolgt von ambulanter Altenpflege. Der zeitliche Aufwand für Haus- und Familienpflege war relativ gering.

Finanziert wurden die Leistungen nur zu 1/10 von den Krankenkassen (Januar 1976: Pflegeleistungen nach § 185 RVO 7 %, Haushaltshilfe nach § 185 b 3 %),

zur Hälfte vom Sozialamt (Hilfe zur Pflege 35 %, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts 15 %), 12 % wurden von Selbstzahlern aufgebracht.

Für die übrigen Aktivitäten bestand keine direkte Abrechnungsmöglichkeit.

2.1.4 Patienten der Sozialstation

Von den 83 im Februar 1976 von der Sozialstation betreuten Patienten wurde ein Drittel von der Familienfürsorge zugewiesen (Tabelle 3), fast genau so viele von Privatpersonen, ein Sechstel von Pfarrämtern, nur 12 % der Patienten von Ärzten, 6 % von Krankenhäusern und ein Patient durch eine Krankenkasse.

Entsprechend dem Auftrag, Hilfs- und Leitstelle für Ratsuchende zu sein (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung 1976), finden laufend Kontakte auch mit nicht erfaßten Personen statt, sodaß es in Einzelfällen schwierig sein kann zu entscheiden, ob jemand als Klient der Sozialstation zu betrachten ist oder nicht. Die angegebenen Zahlen sind Momentaufnahmen und erlauben höchstens eine Trendaussage.

Bei der vorliegenden Arbeit wird von einer Gesamtpatientenzahl von 83 ausgegangen (= Population der Sozialstation). Ein Teil dieser Patienten wurde speziell wegen psychischer

Störungen zugewiesen und im Rahmen des sozialpsychiatrischen Dienstes "Carolinenhilfe" betreut (29 Patienten).

Bei dieser Arbeit interessierte, ob sich unter den anderen 54 Patienten (vom Untersucher fortan als Population der Altershilfe bezeichnet) Personen mit psychischen Störungen befinden.

2.2 Zugang zu den Patienten

Aus der Art der Betreuung ergab sich, daß die Interviews in der Wohnung des Patienten stattfinden mußten. Sich Zugang zur Wohnung des Patienten zu verschaffen, war nur möglich mit Unterstützung der Leiterin der Sozialstation bzw. des betreuenden Mitarbeiters. Meist wurde der Untersucher von ihnen angekündigt oder persönlich vorgestellt. Dabei half er dann ein wenig bei pflegerischen Verrichtungen oder erledigte in Vertretung des Betreuers eine Besorgung. Im Anschluß daran entwickelte sich ein Gespräch, in dem sich dann die spezifischen Fragen stellen ließen. Bisweilen wurde das Gespräch auch mit einem Spaziergang verbunden. Das Auftreten als Mitarbeiter der Sozialstation hatte den Vorteil, daß die Patienten nicht das Gefühl bekamen, nur "ausgefragt" zu werden, da das Gespräch nicht losgelöst von der üblichen Betreuung stattfand.

2.3 Erhebungsinstrument

Die Datenerhebung erfolgte mit dem Standardisierten Psychiatrischen Interview (SPI) von Goldberg et al. (1970) in der deutschen Übersetzung der Forschungsstelle für psychiatrische Epidemiologie an der Sozialpsychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg. Es handelt sich dabei um ein semistandardisiertes psychiatrisches Interview, welches als Forschungsinstrument für epidemiologische Erhebungen gedacht ist. Da es für den Gebrauch unter der Allgemeinbevölkerung konzipiert ist, konzentriert es sich hauptsächlich auf neurotische

Symptome. Neben zehn subjektiven Symptomen, deren Beurteilung ausschließlich auf den Mitteilungen des Patienten über Frequenz, Dauer und Intensität der Beschwerden während der vergangenen Woche beruhen, werden zwölf beobachtbare Symptome festgehalten (Tabelle 4).

Die Beurteilung erfolgt mit einer 5-Punkt Skala.

Ist das Symptom nicht vorhanden, lautet die Beurteilung '0', ist es in minimalem Grade vorhanden oder stellt es einen Charakterzug dar, der keine deutliche Bedrängnis verursacht, wird mit '1' beurteilt.

Symptome in pathologischem Ausmaß erhalten die Beurteilung '2', '3' oder '4' je nach Schweregrad der Symptomatik.

Differenziert wird folgendermaßen:

'2': Symptom mit deutlicher Bedrängnis trat nur gelegentlich auf;

'3': Symptom mit starker Bedrängnis trat selten auf oder
Symptom mit deutlicher Bedrängnis trat häufig auf;

'4': Symptom mit starker Bedrängnis trat häufig auf.

Genaue Definitionen für die einzelnen Symptome sind dem Leitfaden für den Gebrauch des SPI zu entnehmen (Sozialpsychiatrische Klinik der Universität Heidelberg).

Für die Anwendung des SPI im Bereich der Sozialstation mit dem hohen Anteil alter Menschen waren modifizierende Zusätze notwendig. Zur Erfassung einer hirnorganischen Symptomatik wurden Fragen zur Prüfung der räumlichen und zeitlichen Orientierung, des Allgemeinwissens, der Merkfähigkeit, des Frisch- und Altgedächtnisses gestellt, die dem Orientation Test von Irving et al. (1970) entnommen waren. Bezüglich eventuell vorhandener Werkzeugstörungen wurde individuell vorgegangen, genauso wie Fragen nach Wahn und Sinnestäuschungen je nach Gesprächssituation gestellt wurden. Eine globale Einschätzung des Grades des hirnorganischen Psychosyndroms erfolgte nach dem AGP-System, Gerontopsychiatrie-Psychischer Befund I (Ciompi et al. 1973, Junkers et al. 1976; siehe Tabelle 5). Die Frage nach den Trinkgewohnheiten wurde immer gestellt. Eine grobe diagnostische Einteilung erfolgte nach Kay et al. (1964 a). Zu den organischen

Syndromen zählen demnach seniles Hirnsyndrom, arteriosklerotisches Hirnsyndrom und andere organische Zustände, während schizophrene Psychosen, affektive Störungen und Neurosen sowie andere funktionelle Störungen in die Gruppe der funktionellen Syndrome gehören (Tabelle 6).

Dem SPI wurde ein ausführlicher Sozialteil angefügt (Tabelle 7 bis 9). Er enthielt neben soziodemographischen Daten wie Alter, Geschlecht, Familienstand und Beruf detaillierte Angaben über die Wohnung, das Einkommen, die Ausbildung, Sozialbeziehungen, Aktivitäten etc..

Bei der Wohnung wurden außer der Unterscheidung Sozialwohnung/Notunterkunft/Altenanlage/frei finanzierte Wohnung die Zahl der Personen im Haushalt, die vorhandenen sanitären Anlagen und Möbel sowie der Zustand der Wohnung festgehalten, Beobachtungen, die während des Interviews in der Wohnung des Patienten leicht nebenher gemacht werden konnten.

Beim Einkommen wurde zwar direkt nach der Höhe gefragt, doch ließ sich die finanzielle Situation bisweilen nur erschließen durch Angaben über den Grund der Rente, über Leistungen nach dem BSHG oder den Besitz bestimmter Sachgüter (in Anlehnung an Scheuch 1961).

Es wurde neben dem zuletzt ausgeübten Beruf auch die Schul- und Berufsausbildung erhoben und eine Einordnung in den gesellschaftlichen Schichtungsaufbau vorgenommen, wie ihn Moore und Kleining (1960) für die BRD gezeichnet haben. Soziale Mobilität, bei den interviewten Patienten ausschließlich sozialer Abstieg, wurde innerhalb dieses Schichtungsmodells beschrieben.

Das soziale Umfeld wurde erfaßt durch Angaben über die Zahl der Kinder, Veränderungen innerhalb der Familie (Todesfälle, Trennung), das Ausmaß und die Intensität von Sozialbeziehungen und Beschäftigungsformen sowie das Vorhandensein eines Telefons. Zur Beschreibung der Beschäftigungsformen (Tab. 8) und der Sozialbeziehungen (Tab. 9) wurden Anregungen einem in Berlin entwickelten gerontopsychiatrischen Sozialdokumentationssystems entnommen (Hermann 1972; Bolm et al. 1973; Frost et al. 1971). Ferner wurde gefragt, in welchem Lebens-

bereich derzeit die Belastung am größten sei. Die Frage nach der Herkunft schloß den Sozialteil ab.

Allgemeinmedizinische Fragen betrafen die körperliche Behinderung der Patienten. Zum augenblicklichen Gesundheitszustand wurden Fragen nach den Funktionskreisen der Organe gestellt (Schettler 1970): cardiopulmonales, gastrointestinales, urogenitales System, Bewegungsapparat, Nervensystem, Endokrinium, Blut, Haut. Diagnosen konnten natürlich nicht gestellt werden, doch wurde versucht, die Symptome den Organsystemen zuzuordnen (Tabelle 10). Ein Maß für den Schweregrad der körperlichen Symptomatik wurde in Analogie zum SPI mittels einer 5-Punkt Skala geschaffen (Tabelle 11).

Fragen nach der medizinischen Behandlung betrafen den Zeitpunkt des letzten ambulanten oder stationären ärztlichen Kontaktes und die augenblicklichen Behandlungsformen (Tabelle 12). Es folgten Fragen nach behinderten Sinnesfunktionen (Tabelle 13). Die Hörstörungen wurden je nach Ausmaß der Kommunikationsbehinderung eingestuft.

Um ein Maß für den Grad der Behinderung zu erhalten, wurde nach täglichen Verrichtungen gefragt (Tabelle 14). Die Fragen zu diesem Merkmal wurden Bennett et al. (1970) und Harris et al. (1971) entnommen.

Falls das Gebiß offensichtlich sanierungsbedürftig war, wurde dies eigens vermerkt.

Bezüglich der Versorgung durch die Sozialstation konnten aus der Kartei derselben die Art der Leistung, die Dauer der Betreuung und der Kostenträger entnommen werden (Tabelle 15).

Wie in dem Leitfaden zum Gebrauch des SPI (Sozialpsychiatrische Klinik der Universität Heidelberg) eingangs betont wird, soll das SPI von geschulten Psychiatern angewandt werden. Dementsprechend ging der Datenerhebung eine Schulung im Gebrauch des SPI voraus. Als erstem Schritt wurde das Vorgehen an Hand von Video-Aufnahmen studiert. Im Rahmen einer Famulatur folgten erste Interview-Versuche zuerst mit stationären, später auch mit ambulanten Patienten.

Zuletzt fanden zehn Interviews statt gemeinsam mit einer in der Anwendung des SPI erfahrenen Psychiaterin. Die Beurteilungen erfolgten getrennt. Ein Vergleich der "ratings" der erhobenen Merkmale ergab eine hinreichend genaue Übereinstimmung, sodaß die Datenerhebung ins Auge gefaßt werden konnte.

2.4 Gang der Erhebung

Als Untersuchungsgruppe wurden diejenigen Patienten gewählt, die im Februar 1976 von der Sozialstation im Rahmen der "Altenhilfe" (vergl. S. 23) betreut wurden. Bei 45 der 54 Patienten war es möglich, das Interview durchzuführen, d.h. bei 83 % der interessierenden Population. Diese Personen konnten nur dadurch erreicht werden, indem auf Notizen während des Gesprächs verzichtet wurde. Sofort im Anschluß an das Interview (nach Verlassen der Wohnung) wurde der codierte Erhebungsbogen ausgefüllt, sodaß keine Informationen verloren gingen.

Das Interview kam nicht zustande (Angaben von Mitarbeitern der Sozialstation)

- bei einer obdachlosen verheirateten Mutter (49) von neun Kindern, Nierenleiden, deren Haushalt bei Klinikaufenthalten weitergeführt wird (a),
- bei einer verheirateten Mutter (39) von vier Kindern, nach einem Schlaganfall gelähmt, die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts erhält (a),
- bei einer ledigen in einer Altenanlage lebenden Patientin (45), rheumatoide Arthritis (c),
- bei einer Patientin (72) mit Anus praeter (c),
- bei einem verheirateten Patienten (69), Asthma cardiale, der von der Ehefrau gepflegt und von der Sozialstation in der Haushaltsführung unterstützt wird (d),
- bei einer Witwe (79), sehr mißtrauisch und isoliert, psychoorganisches Syndrom mittleren Grades (b),

- bei einer Witwe (81), in einer Altenanlage wohnend, obere Mittelschicht, schwerhörig, vergeßlich, depressiv mit mangelnden Sozialkontakten, die von einer Helferin nach Vereinbarung durch Gespräche, Begleiten beim Spazierengehen und Einkäufen betreut wird (c),
- bei einer Witwe (90), schwach, schwerhörig, ohne Kontakt, sehr mißtrauisch, starrsinnig mit paranoiden Verarmungsängsten, der bei der Haushaltsführung geholfen wird (b),
- bei einem verheirateten pflegebedürftigen Mann (84), Z. n. Schlaganfall mit Hemiparese, epileptischen Anfällen und Komplikationen wie Dekubitus, Pneumonie, schweres psychorganisches Syndrom mit Werkzeugstörungen, ferner Halluzinationen (b,d).

Das Interview konnte nicht durchgeführt werden wegen:

- (a) strikte Ablehnung eines Gesprächs: zwei Patienten,
- (b) zu starker geistiger Abbau oder Mißtrauen, Ängstlichkeit: drei Patienten,
- (c) das Risiko erschien zu hoch, daß der Kontakt des Patienten zu den Mitarbeitern der Sozialstation durch ein Interview empfindlich gestört würde: drei Patienten,
- (d) längerer Klinikaufenthalt des Patienten: ein Patient.

Bei den 9 nicht interviewten Patienten liegen zum Teil schwere psychische Störungen vor. Das Fehlen dieser 9 Patienten ist bei der Betrachtung der Ergebnisse aus 45 Interviews zu berücksichtigen.

2.5 Auswertung

Nachdem die Daten erhoben waren, wurden sie auf Vollständigkeit überprüft. Spätestens beim Übertragen auf ein Ablochschemata konnten eventuell vorhandene Leerstellen erkannt werden. Anschließend wurden die Daten auf Lochkarten übertragen. Die Datenauswertung erfolgte mittels EDV mit dem Datenanalyse-

system DATA-Text. Zuerst wurden die Daten ausgezählt und der Schweregrad der psychischen Symptomatik berechnet (s. S. 40). Dann wurden interessierende Beziehungen zwischen einzelnen Merkmalen untersucht. Handelte es sich um intervallskalierte Variablen, wurde eine Korrelationsmatrix angefertigt. Nominalskalierte Variablen wurden mittels Kreuztabelle (Vierfeldertafel) miteinander in Beziehung gesetzt. Die Beziehung zwischen einer nominalskalierten und einer intervallskalierten Variablen wurde durch Mittelwertberechnung dargestellt und mit T- bzw. F- Test untersucht.

3 Ergebnisse

3.1 Deskription der Population

3.1.1 Soziale Daten

Vom Namen der Sozialstation her, Altershilfe, sind ältere Patienten zu erwarten. Tatsächlich sind fast $2/3$ der interviewten Patienten und der vom Untersucher als "Altershilfe"-Patienten bezeichneten Gruppe über 65 Jahre alt, der Anteil der über 65jährigen an der Bevölkerung in Hasenberg ist dagegen mit 9,5 % recht niedrig (Tabelle 16). Die jüngste gesehene Patientin war 39, die älteste 93 Jahre alt. Der Medianwert betrug 71 Jahre. Ab 55 Jahre wurden durchweg prozentual mehr Patienten betreut, als es ihrem Bevölkerungsanteil entsprach. Der Altersaufbau der interviewten Patienten entspricht recht gut dem der Population der Altershilfe (Abbildung 17). Das Fehlen junger Jahrgänge ist nicht ganz realistisch, da Kinder im Rahmen der Haus- und Familienpflege mitbetreut wurden. Diese wurden nicht erfaßt, sondern nur eine Person der Familie, eben die, die vom Personal der Sozialstation unterstützt beziehungsweise ersetzt wurde.

Die Population der Sozialstation insgesamt weist etwas mehr als die Hälfte über 65jährige auf.

Die Geschlechtsverteilung zeigt ein starkes Überwiegen der Frauen. Nur knapp ein Drittel der interviewten Patienten waren Männer (Tabelle 18). Der jüngste interviewte Mann war 50, der älteste 85. Außer dem letzteren sind die interviewten Männer zwischen 50 und 74 Jahre alt gewesen (Abbildung 19).

Bezüglich des Familienstandes fällt die große Zahl Allein-stehender auf. Nicht einmal ein Fünftel der Patienten (8) sind verheiratet, 20 (44 %) sind verwitwet, 8 (18 %) sind geschieden oder leben getrennt und 9 Patienten (20 %) sind ledig (Tabelle 20).

Fast $2/3$ der Interviewten lebten alleine (28 Personen), 17 Personen in Wohngemeinschaft (Tabelle 21).

40 % der interviewten Personen waren kinderlos (Tabelle 22).

Beim Versuch, das Ausmaß der Sozialbeziehungen einzuschätzen, fanden sich 18 Patienten (40 %) mit starker Isolierung, ebenfalls 18 Patienten waren weniger isoliert, und die restlichen 9 Personen hatten relativ viel Kontakt (Abbildung 23).

13 der aufgesuchten Personen lebten in einer Notunterkunft (Tabelle 24), einer sogenannten Einfachstwohnung mit völlig ungenügenden sanitären Einrichtungen. Es gibt nur ein Wasserhahn mit primitivem Becken und ein Kohleherd. Die Toilette ist vom Treppenhaus aus erreichbar und jeweils zusammen von einem Alleinstehenden und der Familie der Nachbarwohnung zu benutzen. Ein Bad oder Dusche sowie Heizung sind nicht vorhanden. Die Schallisolierung vor allem an der Türe zum Treppenhaus ist mangelhaft, die Wände sind nicht tapeziert und der Boden besteht aus groben Bretterdielen.

Nur einer der 13 aufgesuchten Obdachlosen hatte sich eine Heizung zugelegt, die anderen wärmten sich, falls überhaupt, mit gesammeltem Holz oder Abfällen, welche sie im Herd verfeuerten (Tabelle 25).

Bei 4 Patienten war die Möblierung völlig ungenügend, d. h. ein Teil ihrer armseligen Habe war in Kisten oder Koffern verstaut, bei 7 Patienten betrachtete der Untersucher die Möbel als ausreichend, und nur bei 2 obdachlosen Patienten konnte von einer guten Möblierung gesprochen werden (Tabelle 26).

8 Obdachlose hatten am Zustand der Wohnung nichts verändert (Tabelle 27), davon waren vom Reinigungsaspekt her 4 als vernachlässigt und 4 Wohnungen als sauber zu bezeichnen. Nur 5 der Patienten hatten zumindest ein Bild aufgehängt oder sonst etwas verändert. Hiervon waren 4 Wohnungen als ungepflegt zu bezeichnen, nur eine Notunterkunft erhielt das Attribut "verschönt, gepflegt". Von den 30 gesehenen Sozialwohnungen waren es hingegen 27.

Über 2/3 der interviewten Personen hatten Volksschulbildung (71 %), ein Anteil, der um 10 % über dem Münchner Durchschnitt, aber etwas unter dem Durchschnitt des Stadtbezirks 332 (75,6 %)

liegt (Statistisches Amt (c)). Die Mittlere Reife besaßen 7, das Abitur 6 Patienten (Tabelle 28).

Eine sehr große Gruppe von Patienten hatte keine Berufsausbildung (16 Patienten, s. Tabelle 29). Eine Lehre abgeschlossen hatten 20 Personen, 5 Personen hatten eine Fachschule besucht und 4 Personen eine Hochschule, von den letzteren hatten aber nur 2 einen Abschluß.

Bezüglich der sozialen Schicht sind in der interviewten Population die unteren Sozialschichten im Vergleich zur Population von Moore und Kleining (1960) überrepräsentiert (Tabelle 30). In die Gruppe der "sozial Verachteten" wurden 10 Personen (22 %) eingeordnet, im Vergleich zu 4 % bei Moore und Kleining. 5 Personen (11 %) stammten aus der unteren Unterschicht (Moore und Kleining 17 %). Werden beide Gruppen zusammengefaßt und als Schicht V bezeichnet, so ergeben sich 33 % in der untersuchten Population gegenüber 21 % bei Moore und Kleining.

Zur oberen Unterschicht (= Schicht IV) zählten 36 % der interviewten Personen (Moore und Kleining 28 %).

Die Mittelschicht-Patienten sind weniger vertreten, als es ihrem Bevölkerungsanteil nach Moore und Kleining entspricht (Tabelle 30). Allerdings liegen Vergleichszahlen bezüglich der Schichtung in Hasenberg1 nicht vor.

Ein Patient konnte nicht eingeordnet werden, da er trotz Abitur keinen beruflichen Status erreichte. Auf jeden Fall stieg er sozial ab.

40 % der Patienten hatten einen sozialen Abstieg mitgemacht, wobei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit dem erlernten Beruf oder der Sozialschicht des Elternhauses verglichen wurde (Tabelle 31).

Ein beträchtlicher Teil der Patienten lebte in finanziell ärmlichen Verhältnissen. So gaben die Hälfte der Patienten an, ein Haushaltseinkommen von unter DM 700.- zu haben, bei 2/3 lag es unter DM 1000.- (Tabelle 32).

Eine Rente bezogen 38 Patienten (84 %), doch bei weniger als der Hälfte von ihnen (17 Personen) war das die einzige Finanz-

quelle (Tabelle 33). 14 Personen bezogen zur Rente noch Sozialhilfe, und 7 bekamen Zuwendungen von Angehörigen. Von Sozialhilfe allein lebten 6 Leute, nur ein besuchter Haushalt existierte allein aus beruflicher Tätigkeit. Sozialhilfeempfänger, in welcher Höhe auch immer, waren 20 der aufgesuchten Personen (44 %).

Unter den Rentnern waren 12 Witwen, 15 Patienten erhielten Rente schon vor Erreichen der Altersgrenze. Nur 11 Personen, also weniger als ein Drittel der Rentenempfänger, lebten erst seit dem Erreichen der Altersgrenze von einer Rente (Tabelle 34).

21 Personen verfügten über ein Telefon, ein Anteil von 47 %, der genau dem Anteil im Stadtbezirk 332 entspricht (Statistisches Amt (c)).

Befragt nach der Herkunft gaben 20 Personen an, aus dem Münchner Raum zu stammen, 10 kamen aus anderen Gegenden Deutschlands, 11 waren Heimatvertriebene, und 4 kamen aus dem Ausland (Tabelle 35).

Einschneidende Veränderungen innerhalb des letzten Jahres gaben 5 Patienten an. Einem Patienten starb die Ehefrau, eine Patientin hatte den Tod der Schwester zu beklagen. Drei Patientinnen hatten mit dem Auszug von Mitbewohnern fertig zu werden, bei zweien von ihnen war die Tochter ausgezogen.

Auf die Frage nach der größten derzeitigen Belastung entschieden sich mehr als die Hälfte der Interviewten für den Problembereich Gesundheit, 6 Patienten klagten über Vereinsamung, 4 über Probleme im Bereich von Liebe, Ehe und Sexualität, je 3 Personen sahen ihre größten Schwierigkeiten im Bereich Finanzen und Wohnung, und bei 2 Personen standen familiäre Probleme im Vordergrund der Klagen (Tabelle 36).

3.1.2 Allgemeinmedizinische Daten

Körperliche Beschwerden waren sehr häufig (Tabelle 37).

17 Patienten litten häufig an Symptomen mit starker Bedrängnis, 22 Personen hatten entweder häufig Symptome mit deutlicher Bedrängnis oder selten Symptome mit starker Bedrängnis. 2 Patienten gaben an, Beschwerden mit deutlicher Bedrängnis nur gelegentlich zu haben. Völlig beschwerdefrei waren nur 4 Personen. Bei ihnen bestand ein Zustand nach behandelter Erkrankung.

Dementsprechend waren 87 % der Interviewten innerhalb des letzten Monats in ambulanter ärztlicher Behandlung gewesen (Tabelle 38).

In stationärer Behandlung hatten sich innerhalb des letzten Jahres 60 % der Patienten befunden. (Tabelle 39).

Es wurde versucht, die Art der vorgetragenen körperlichen Beschwerden den verschiedenen Organsystemen zuzuordnen (Tabelle 40). Werden nur die angegebenen Hauptbeschwerden berücksichtigt (n = 45), spielen Störungen des Bewegungsapparates mit 36 % die größte Rolle, es folgen das Herz-Kreislauf-System mit 22 % und das Nervensystem mit 20 %. Bei 38 interviewten Personen waren aber mindestens zwei Organsysteme beteiligt, bei 24 mindestens drei, und 10 Patienten hatten Beschwerden von vier verschiedenen Organsystemen (Tabelle 41). Unter Berücksichtigung aller geäußerten Symptome (n = 117) rückt das Herz-Kreislauf-System an die erste Stelle (27 %), der Bewegungsapparat an die zweite (21 %), gefolgt von den Verdauungsorganen mit 18 %. Neurologische Erkrankungen wurden bei 12 % der Patienten vorgefunden (Tabelle 40).

Keine Beeinträchtigung der Sehfunktion wiesen 10 Personen auf, 32 Patienten hatten eine Brille zumindest teilweise zu tragen, bei 3 Patienten wurde ein Funktionsverlust angetroffen, der nicht zu korrigieren war (Tabelle 42).

Bezüglich des Gehörs hatten 34 Personen keine Beschwerden,

mit 10 Patienten war die Kommunikation behindert und bei einem Patienten sehr erschwert (Tabelle 43). Auffallend war der hohe Anteil von Personen, bei denen allein schon im Gespräch der schlechte Zustand ihres Gebisses auffiel. Bei mindestens 23 Interviewten, also bei über der Hälfte aller untersuchten Personen, ist die Behandlungsbedürftigkeit durch einen Zahnarzt offensichtlich (Tabelle 44).

Keine der interviewten Personen war körperlich so gesund, daß sie alle der in Tabelle 14 aufgeführten Aktivitäten ohne Schwierigkeiten betreiben konnte. Der Grad der Behinderung war aber bei 14 Personen minimal, 19 Personen waren stärker behindert und weitere 12 Patienten waren bettlägrig oder auf einen Sessel oder Rollstuhl angewiesen (Tabelle 45).

Aus der Kartei der Sozialstation ergab sich, daß fast die Hälfte der Patienten (22) schon seit mehr als einem Jahr von der Sozialstation betreut wurde, weitere 10 Patienten länger als sechs Monate (Tabelle 46). Das Sozialamt trug die Kosten bei 60 % der interviewten Patienten der Sozialstation, die Krankenkasse bei 31 %. Die restlichen Patienten zahlten die Leistungen der Sozialstation selbst (Tabelle 47). 18 Patienten (40 %) erhielten "Hilfe zur Pflege", 16 Patienten (36 %) "Hilfe zur Weiterführung des Haushalts" beziehungsweise Essen auf Rädern, 2 Patienten wurden als "Altershilfe" geführt, und bei 9 Patienten wurde eine der angeführten Hilfen zusammen mit sozialpsychiatrischer Betreuung gewährt (Tabelle 48).

3.1.3 Psychiatrische Daten

Die Häufigkeiten der mit dem SPI erhobenen Merkmale sind in Tabelle 49 zusammengestellt.

Die Beurteilungen der zehn subjektiven Symptome beruhen ausschließlich auf den Mitteilungen des Patienten über Frequenz, Dauer und Intensität der betreffenden Symptome während der vergangenen Woche.

Körperliche Symptome in Zusammenhang mit psychischen Stresssituationen gaben 27 der 45 interviewten Patienten an, wobei die Symptome bei 8 Patienten nur in minimalem Grad vorhanden waren (Beurteilung '1'). Zumindest deutliche Bedrängnis verursachten die Symptome bei 19 Patienten (42 %; Beurteilung '2', '3' und '4').

Ein Gefühl von Müdigkeit mit damit verbundener Verringerung der normalen Fähigkeit zu körperlicher und geistiger Arbeit hatten 33 Patienten, in einem als pathologisch zu bezeichnenden Ausmaß 27 Patienten (60 %).

Das häufigste Symptom waren Schlafstörungen. Nur 7 Patienten (16 %) waren völlig frei davon, weitere 9 Patienten (20 %) litten nicht unter dem minimalen Grad ihrer Schlafstörung. 14 Patienten (31 %) hatten Hypnotika an vier oder mehr Nächten der vergangenen Woche eingenommen, 7 weitere Patienten (16 %) hatten ebenfalls Schlafmittel benutzt, allerdings seltener als jede zweite Nacht (Tabelle 50).

Reizbarkeit im Sinne von Erzürnen und Ungeduld wie auch Überempfindlichkeit in zwischenmenschlichen Beziehungen gaben 31 Patienten an (69 %), wobei die Beurteilung '1' (15 Patienten, 33 %) auch solche Personen erhielten, die ihre Gefühle unterdrückten oder unter Kontrolle hatten, sodaß die Mitmenschen nichts bemerkten.

Stärkere Konzentrationsschwierigkeiten hatten 22 Patienten (49 %).

Unter Zuständen depressiver Verstimmung während der vergangenen Woche litten 19 Patienten (42 %), 3 Patienten gaben suizidale Gedanken an.

17 Patienten (38 %) hatten Angst in einem bedrängenden Ausmaß erlebt. Von phobischer Angst oder phobischem Vermeiden von Situationen berichteten 7 Patienten (16 %), 3 weitere hatten übermäßige, anhaltende oder grundlose Furcht vor spezifischen Objekten und Situationen, denen sie aber in der vergangenen Woche nicht begegnet waren.

Zwangssymptome in Form von Zwangshandlungen, Zwangsgedanken und zwanghafter Unentschlossenheit räumte keiner der Patienten in klinischem Ausmaß ein, bei 10 Patienten (22 %) waren ego-syntone anankastische Charakterzüge zu erkennen.

Depersonalisations-Erlebnisse wurden bei keinem Patienten erhoben.

In die Beurteilungen der beobachtbaren Symptome gehen neben den Mitteilungen des Patienten über Frequenz, Dauer und Intensität des Symptoms während der vergangenen Woche auch offenkundige Normabweichungen mit ein, die sich im Interview bemerkbar machen.

Psychomotorische Verlangsamung und Mangel an Spontaneität zeigten 11 Patienten (24 %), bei 6 von ihnen in sicher pathologischer Ausprägung.

Fast die Hälfte der Patienten (21) erhielt eine Beurteilung beim Merkmal "abwehrend, verharmlosend, mißtrauisch, gereizt". 1 Person weigerte sich, weitere Fragen zu beantworten und verlangte zu gehen, wobei sie ernsthaft ärgerlich und feindselig wurde. 4 Patienten hatten ausgeprägtes Mißtrauen oder Gereiztheit, sodaß es zu einer Unterbrechung des Interviews kam. Bei weiteren 6 Personen führte die deutliche Abwehr zu keiner Unterbrechung des Interviews. 10 Interviewte verhielten sich defensiv oder gereizt, sodaß die Antworten nicht sehr verlässlich erschienen, doch bestand kein Anhalt dafür, daß das Verhalten mit einem abnormen seelischen Zustand zusammenhing.

Demonstrativ, theatralisches Verhalten wurde bei 2 Patienten in klinischer Ausprägung gesehen.

Einen deprimierten Eindruck machten 27 Patienten. Bei 10 von ihnen wurde gelegentlich auftretender Trübsinn, Schwunglosigkeit etc. nicht als pathologisch betrachtet, 13 Patienten

(29 %) erschienen in einem leichten Grade als krank, bei 4 Patienten (9 %) war die Intensität ausgeprägt.

Ängstliches, angespanntes, evtl. unruhiges Verhalten zeigten 7 Personen in klinischer Ausprägung. Eine gewisse beim Interview gezeigte Angespanntheit wurde bei 6 Gesprächspartnern lediglich als Reaktion auf das Interview oder als ängstlicher Charakterzug betrachtet.

Eine gehobene Stimmung wurde nur selten angetroffen. 2 Personen waren gut gelaunt, bei 2 weiteren war die Gehobenheit der Stimmung und Antriebssteigerung als in einem leichten Grade krankhaft zu bezeichnen, wobei das Urteilsvermögen intakt und der Ablauf des Interviews nicht gestört war. Das Interview gestaltete sich schwierig bei einer Patientin wegen ausgeprägter gehobener Stimmung und Antriebssteigerung bei verschlechtertem Urteilsvermögen und Einsicht der Patientin.

Affektive Verflachung oder inadäquate Reaktionen waren bei 8 Patienten zu vermerken.

Eine Beurteilung beim Merkmal "Wahn, formale Denkstörungen, Wahnwahrnehmungen" bekamen 4 Patienten. Eindeutige Wahnideen mit Beeinträchtigungsgedanken hatten 2 Patienten, Ideenflucht, Danebenreden, ausgeprägte assoziative Verknüpfungen und bisweilen gesperartes Denken zeigte 1 Patient. Überwertige Größenideen wurden bei 1 Patienten registriert.

Über Halluzinationen und Illusionen berichteten 8 Personen. Davon ist bei 2 Patienten der krankhafte Charakter der Wahrnehmungen fraglich. Es ist eher an hypnagoge Sinnestäuschungen (nächtlicher Besuch eines Angehörigen) oder an vorübergehende illusionäre Verkennungen (Rascheln und Luftbewegungen, die auch von der Katze verursacht sein könnten) zu denken.

4 Personen hatten optische und akustische Pseudohalluzinationen nach dem Tod des Ehepartners bei erhaltener Einsicht gehabt. 2 Patienten hatten während der vergangenen Woche Halluzinationen, die aber nicht häufig auftraten. Während des Interviews halluzinierte keine der beiden Personen eindeutig. Hypochondrische Beschwerden zeigten 10 Patienten (22 %).

Davon war es bei einem Patienten nicht sicher, ob seine Besorgnis übertrieben oder ungerechtfertigt war.

Eine Tendenz zu pessimistischen oder sich selbst abwertenden Gedanken hatten 8 Personen. Depressive Gedanken in einem klinisch signifikanten Grad äußerten 12 Patienten, wobei Vorstellungen der eigenen Minderwertigkeit, Scham und Schuld bei der Hälfte von ihnen nicht fixiert waren, bei den restlichen 6 Patienten existierten fest fixierte Überzeugungen, teils kombiniert mit suizidalen Gedanken.

Schließlich wurde eine Gradeinteilung des psychoorganischen Syndroms vorgenommen. 16 Patienten zeigten keine nachweisbaren temporo-spatialen Orientierungsstörungen, aber Störungen bezüglich Gedächtnis, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, Auffassung etc.. Eine Gruppe von 11 Personen zeigte unvollständige räumlich-zeitliche Orientierungsstörungen bei Vorliegen deutlicher Störungen der übrigen intellektuellen Funktionen. 1 Patient hatte ein schweres psychoorganisches Syndrom (Demenz), bei einem weiteren hatte der Abbauprozess neben Störungen der Orientierung und anderer intellektueller Funktionen solche der Sprachbildung verursacht.

Unter den zusätzlich erhobenen Merkmalen befand sich die Frage nach den Trinkgewohnheiten (Tabelle 51). Minimale Mengen an Alkohol tranken angeblich 21 Patienten, 5 Patienten (11 %) berichteten über regelmäßigen beträchtlichen Alkoholkonsum, wobei sich eine Patientin der Diagnose Alkoholismus bewußt war in Anbetracht einer Polyneuropathie und Leberzirrhose. Alkoholismus ist bei 2 Patienten als Hauptdiagnose zu stellen, bei 3 weiteren als Nebendiagnose. Bei 3 Patienten besteht begründeter Verdacht auf Medikamentenabhängigkeit, bei einem kombiniert mit Alkoholismus. Somit ist bei 7 Personen (16 %) von einer Sucht-Problematik zu sprechen.

Von den interviewten Personen waren 6 (13 %) früher einmal in psychiatrischer Behandlung gewesen (Tabelle 52). Eine Frau hatte sich vor einem Jahr nach dem Tod des Gatten in ambulanter nervenärztlicher Behandlung befunden. 5 Patienten, 3 Frauen und 2 Männer, waren einmal stationär behandelt worden.

Bei den beiden Männern standen, nach ihren Angaben, neurologische Aspekte im Vordergrund (Epilepsie, KZ-Folgen). Die Frauen nannten als Grund des Klinikaufenthaltes: Verwirrheitszustand während eines Krankenhausaufenthaltes, Schlafmittelabusus, Verfolgungswahn. Alle Behandlungen hatten innerhalb der letzten 10 Jahre stattgefunden.

Es wurde auch der Versuch gemacht, den Schweregrad des gesamten psychiatrischen Befundes zu quantifizieren.

Zu dessen Berechnung gaben Goldberg et al. (1970) eine Formel an:

$$S = \sum R_i + 2 \sum M_i ,$$

wobei $R_1, R_2 \dots R_{10}$ = Items der subjektiven Symptome

$M_1, M_2 \dots M_{12}$ = Items der beobachtbaren Symptome.

Wird der cut-off point von 20 angewandt, so liegen von den interviewten Personen 23 (51 %) darüber, das heißt, sie sind als psychiatrische Fälle zu betrachten.

Die Einteilung in diagnostische Kategorien erfolgte an Hand der hervorragenden Merkmale. Nebendiagnosen sind so nicht berücksichtigt.

Das Ergebnis ist mit Vorsicht zu betrachten, da sich das Urteil ja nur auf ein durchschnittlich einstündiges Interview stützt und weitere Hilfsmittel nicht zur Verfügung standen. Es handelt sich somit um Verdachtsdiagnosen.

Tabelle 53 gibt einen Überblick.

Ein organisches Psychosyndrom wiesen 19 Patienten (42 %) auf. Davon fanden sich bei 9 Patienten deutliche Hinweise für eine arteriosklerotische Störung (zum Beispiel Schlaganfall), bei weiteren 5 Patienten waren Zusammenhänge mit anderen bekannten körperlichen Erkrankungen sehr wahrscheinlich (zum Beispiel Hirntumor, Epilepsie), und bei den restlichen 5 Patienten dieser Kategorie lag ein seniles Psychosyndrom unklarer Genese vor.

Funktionelle Syndrome standen bei ebenfalls 19 Personen im

Vordergrund. Ein paranoides Syndrom bestimmte das Krankheitsbild bei 2 Patienten, ein depressives Syndrom bei 4 Patienten. Andere neurotische und psychosomatische Störungen hatten 10 Patienten. Ein Mann mit einer Persönlichkeitsstörung litt überhaupt nicht unter der Symptomatik. Wie schon erwähnt, gab es zwei Patienten mit Hauptdiagnose Alkoholismus.

7 Personen erhielten keine psychiatrische Diagnose.

Wie aus Tabelle 53 ersichtlich ist, besteht eine fachpsychiatrische Behandlungsbedürftigkeit nur bei einem Teil der Patienten.

18 Patienten (40 % der interviewten Population) benötigen zur Besserung ihres augenblicklichen Zustandes psychiatrische Behandlung, wobei 5 von ihnen zumindest anfangs stationär behandelt werden müßten.

Fachpsychiatrische Behandlung benötigen 7 Patienten mit einem organischen Psychosyndrom (3 arteriosklerotischer Genese, 2 anderer organischer Genese, 2 mit senilem Psychosyndrom unklarer Genese) sowie 11 Patienten aus der Gruppe der funktionellen Syndrome (2 paranoide Syndrome, 4 depressive Syndrome, 2 Alkoholiker und 3 Patienten mit anderen neurotischen und psychosomatischen Störungen).

Selbstverständlich ist bei den anderen 20 Patienten eine psychosoziale Betreuung im weitesten Sinne hilfreich und wird im Rahmen der Sozialstation ja auch angeboten.

3.2 Beziehungen zwischen psychiatrischen und sozialen Merkmalen

In Analogie zu Kay et al. (1964 b) wurden drei Diagnosen-Gruppen gebildet: organische Syndrome, funktionelle Syndrome und Personen ohne Diagnose.

Das mittlere Alter der Patienten mit organischen Störungen betrug 74,7 Jahre und lag damit um circa 5 Jahre über dem des Durchschnitts (68,8 Jahre) und der Gruppe ohne Diagnose (69,1 Jahre). Patienten mit funktionellen Störungen waren durchschnittlich 62,8 Jahre alt (Tabelle 54).

In allen drei Gruppen erwies sich die Geschlechtsverteilung als identisch. Kontingenztafeln mit den Merkmalen Familienstand, Zahl der Personen im Haushalt, Wohnung, Kostenträger, Sozialschicht, sozialer Abstieg etc. erbrachten keine unterschiedlichen Diagnosenverteilungen.

Daß Patienten mit organischen Syndromen innerhalb des letzten Jahres signifikant häufiger in stationärer Behandlung waren als die Patienten mit funktionellen Störungen, zeigt ebenfalls Tabelle 54.

Zwischen Behandlungsbedürftigkeit und Sozialschicht läßt sich ein Zusammenhang aufzeigen. Patienten der oberen Unterschicht erwiesen sich als häufiger behandlungsbedürftig als die der anderen beiden Schichten (Tabelle 54).

Wie in der Einleitung erwähnt, häufen sich depressive Syndrome bei Frauen. In unserer Population waren die vier depressiven Syndrome (Hauptdiagnose) alles Patientinnen. Beim Mittelwertvergleich der erhobenen depressiven Symptomatik zeigten die Frauen nur unbedeutend höhere Werte. Den höchsten Grad an Deprimiertheit zeigte im Interview die Gruppe der Verheirateten, mit Abstand gefolgt von den geschiedenen oder getrennt lebenden Patienten. Ungefähr gleich niedrige Werte hatten die Ledigen und die Verwitweten (Tabelle 55). Dieser Trend drückt sich auch darin aus, daß die in Mehrpersonen-Haushalten lebenden Patienten im Durchschnitt depressiver waren (Tabelle 56).

Positive Korrelationen bestehen zur Einkommenshöhe, zum Grad der körperlichen Behinderung und der körperlichen Symptomatik (Tabelle 78). Von Patienten, die eine höhere Schule besucht hatten, wurden depressive Gedanken häufiger angegeben (Tabelle 57).

Patienten mit übermäßigem Alkohol- und Drogenkonsum erwiesen sich als durchschnittlich 10 Jahre jünger als die anderen Patienten (60,1 gegenüber 70,4 Jahre). Der Alkoholkonsum war stärker bei den Männern (Tabelle 58) und unter den Bewohnern der Notunterkünfte (Tabelle 59).

In diesen beiden Gruppen war auch der durchschnittliche Grad an Reizbarkeit höher als bei den anderen interviewten Patienten (Tabelle 60 und 61).

Halluzinatorisches Erleben wurde nur von alleinlebenden Patienten angegeben und war ebenfalls häufiger in den Notunterkünften (Tabelle 62). Die meisten halluzinierenden Patienten waren vor mehr als einem Jahr das letzte Mal in einem Krankenhaus gewesen (Tabelle 63), von den Wahnkranken sogar niemand (Tabelle 64). Je höher die ratings waren, desto länger lag der letzte ärztliche Kontakt zurück (Tabelle 78). Alle Wahnkranken waren kinderlos.

Deutlich mehr affektive Verflachung zeigte insgesamt die Gruppe der Personen, deren monatliches Haushaltseinkommen unter DM 700.- lag (Tabelle 65).

Patienten mit einem psychoorganischen Syndrom waren, wie nicht anders zu erwarten, im Durchschnitt älter (Tabelle 66), litten mehr unter Konzentrationsmangel (Tabelle 67) und berichteten häufiger davon, Angst zu haben (Tabelle 68).

Werden für die Gruppen sozialer Schichtung jeweils der mittlere Schweregrad der psychischen Symptomatik berechnet (s. S. 40), ergeben sich zwar keine signifikanten Unterschiede, ein Tendenz zu höherer Punktzahl in den unteren Schichten ist aber zu erkennen. Unter den Mittelschicht-Angehörigen betrug diese Zahl durchschnittlich 21, in der oberen Unterschicht 23, während die

Personen der beiden unteren Schichten auf durchschnittlich 26 Punkte kamen (Tabelle 69).

In der Einleitung war davon die Rede, daß von der Kontaktarmut besonders alte Menschen aus den unteren Sozialschichten mit niedrigem Einkommen betroffen seien. Teilt man die Interviewten in zwei Gruppen, eine mit mehr und eine mit weniger Sozialkontakten, so erweist sich die Gruppe der stärker isolierten als durchschnittlich 10 Jahre älter (74,8 gegenüber 64,7 Jahre) als die der Patienten mit mehr Kontakten. Die isolierten Patienten zeigten im Interview auch deutlich mehr abwehrendes Verhalten (Tabelle 70).

Das Ausmaß der Sozialbeziehungen korrelierte positiv mit der Höhe der Sozialschicht und des Haushaltseinkommens (Tabelle 78). Personen mit Haushaltseinkommen unter DM 700.- gaben deutlich weniger Sozialbeziehungen an, doch lebten diese ja auch eher allein.

Isolierter lebten auch jene Patienten, deren Betreuung durch die Sozialstation vom Sozialamt finanziert wurde (Tabelle 71).

In der Einleitung waren die Kommunikationsschwierigkeiten angesprochen worden, die zwischen Angehörigen verschiedener Schichten entstehen können, und im Methodik-Teil wurde erwähnt, daß die vom Patienten gegebenen Antworten nach ihrer Verlässlichkeit eingeschätzt wurden. Zwar konnten keine schichtspezifischen Unterschiede nachgewiesen werden, doch korrelierte ein höheres Maß an eingeschätzter Verlässlichkeit der gegebenen Antworten mit der Höhe des Haushaltseinkommens und der Kinderzahl (Tabelle 78).

Eine Einteilung der Patienten der Sozialstation danach, ob sie schon mehr als ein Jahr betreut wurden oder weniger, ergab, daß die erste Gruppe eine deutlich schwerere körperliche Symptomatik angegeben hatte (Tabelle 72). Dieser Schweregrad korrelierte, wie schon erwähnt, positiv mit dem Merkmal Depression und natürlich auch mit dem Grad der körperlichen Behinderung. Die in Mehrpersonen-Haushalten lebenden Patienten

waren dabei in einem viel stärkerem Ausmaß behindert (Tabelle 73).

Zur Frage, ob innerhalb des letzten Jahres eine stationäre Behandlung stattgefunden hatte, ist nachzutragen, daß davon vor allem die Bewohner der Sozialwohnungen betroffen waren, viel seltener waren Unterkunftsbewohner in einer Klinik gewesen.

Während des Interviews fiel es auf, wenn das Gebiß offensichtlich sanierungsbedürftig war. Die Gruppe mit einem schlechten Gebiß war stärker körperlich behindert (Tabelle 74), hatte weniger Sozialbeziehungen (Tabelle 75), war reizbarer (Tabelle 76) und umfaßte auch die halluzinierenden Patienten (Tabelle 77).

Hör- und Sehstörungen korrelierten nur mit dem Alter.

3.3 Eindrücke

Zuerst sei von einer relativ problemlosen Patientin berichtet, die Insulin-Spritzen erhält. Frau F., 76, Witwe eines Maurers, allein in einer Sozialwohnung lebend mit einer bescheidenen Rente, hat Kontakt zu ihren drei Kindern und den Enkeln, von denen sie bisweilen Besuch erhält. Sie ist psychisch weitgehend unauffällig, wenngleich etwas Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis und auch leichtere Orientierungsstörungen bestehen. Frau F. kann sich nicht mehr so gut konzentrieren, wird leicht müde und kann schlecht schlafen. Beim Aufstehen wird es ihr leicht schwindlig, abends hat sie dicke Beine und beim Gehen muß sie öfter stehenbleiben. Bisweilen leidet Frau F. unter Magenbeschwerden. Seit 6 Jahren bildet sich zusehens ein grauer Star aus. Ansonsten ist Frau F. mobil und kann sich selbst versorgen.

Viel schwerer hat es dagegen Frau G., 63, durch eine rheumatoide Arthritis an den Rollstuhl gefesselt. Sie ist darauf angewiesen, daß der Haushalt von Mitarbeitern der Sozialstation

besorgt wird. Ähnlich ergeht es den beiden Patientinnen mit multipler Sklerose (39 und 53) und mehreren Patienten, die nach einem apoplektischen Insult gelähmt sind.

Die meisten dieser Patienten lebten in äußerlich relativ geordneten Verhältnissen. Einen viel stärkeren Eindruck hinterließen beim Untersucher die Verhältnisse in den Notunterkünften. Davon seien vier Personen etwas näher beschrieben.

Die erste obdachlose Frau, die der Untersucher zusammen mit der Leiterin der Sozialstation, aufsuchte, lebte in einer Einzimmer-Notunterkunft in völlig verwahrlosten Verhältnissen. Es roch nach Abfällen, mit denen das ganze Zimmer übersät war. Dieser Raum machte einen kahlen Eindruck, kein Bild, kein Vorhang, keine rechten Möbel etc.. Ein Sofa war alles andere als einladend. Wegen des Geruchs hatte es schon Klagen der Nachbarn gegeben. Eine in der Nähe wohnende Zigeunerin berichtete, daß sie zusammen mit Frau G. deren Zimmer entrümpelt habe. Am Abend habe aber Frau G. die ausgesonderten Sachen wieder von den Abfalltonnen geholt. Die in Lumpen gekleidete 75jährige Frau schien den ganzen Tag über damit beschäftigt zu sein, im Gerümpel zu stöbern und Abfall zu sammeln. In letzter Zeit hatte sie auch nicht mehr die vom Treppenhaus aus erreichbare Toilette benutzt, die mit der benachbarten Familie zu teilen ist. Für ihre Notdurft gebrauchte sie einen Eimer. Der Kontakt zur Sozialstation bestand zuerst einmal darin, sie mit Essen zu versorgen.

Einige Tage später erscheint Frau G. ganz aufgeregt in der Sozialstation und berichtet von der Ankündigung der Hausverwaltung, eine Entrümpelung durchzuführen. Darüber ist sie sehr aufgebracht und läßt sich in ein längeres Gespräch ein. Sie sei ledig, kinderlos, habe Buchhalterin gelernt, war später sozial abgestiegen und ein Fürsorgefall geworden, der zu arbeiten hatte, "was andere nicht tun wollten", zum Beispiel Putzarbeiten in einer Klinik. Körperliche Beschwerden habe sie keine und sei auch schon lange nicht mehr beim Arzt gewesen. Obwohl sie eine etwas gebückte Haltung einnahm, war

Frau G. körperlich nicht behindert und sehr flink. Ihre Augen funkelten, das Gesicht sah erstaunlich frisch und jung aus. Iebhaft und hingebungsvoll schilderte Frau G. auch länger zurückliegende Freignisse mit großer Gestik, sang Lieder vor und entwickelte eine beschleunigte assoziative Aktivität. Sie erzählte von einer Therese Neumann und von der Situation, "wenn die seelischen Kräfte so stark sind und die physischen Kräfte zurückdrängen" und entwickelte eine Theorie des Regens, der dadurch entstanden sei, daß sich "aus zwei Schwänzen eines Komets ein Eisberg" gelöst habe, der in die Sonne gestürzt sei und dadurch den Dunst um die Sonne verursacht habe. Sehr geheimnisvoll berichtete Frau G. von einer "singenden Baritonstimme", die plötzlich verstummt sei, was sie als Mord interpretierte. Schließlich wurden starke Beeinträchtigungsideen deutlich. Ihre Nachbarn würden sie beobachten und bestehlen, "die Lampe anpeilen und den Strom entziehen". Frau G. wehrte sich dagegen, indem sie bisweilen Anschuldigungen an die Nachbarn ins Treppenhaus schrie. Noch am gleichen Tag wurde der Untersucher von den Nachbarn auf der Straße angesprochen, um klarzustellen, daß die mutmaßlichen Anschuldigungen falsch seien. Immerhin, beobachtet wurde Frau G. genau.

Ungestört war das Orientierungsvermögen. In den krankhaften Zustand hatte Frau G. überhaupt keine Einsicht, psychiatrisch war sie auch noch nie behandelt worden. Gegen jeden Eingriff in ihre Selbständigkeit wehrte sie sich vehement. Da Frau G. aber nicht mehr in der Lage war, sich selbst zu versorgen und Probleme im Haus entstanden waren, hatte das Gesundheitsamt eine Entmündigung in die Wege geleitet.

Ein anderer Patient, 65, ebenfalls ledig und alleine in einer Notunterkunft lebend, hatte sich das Zimmer zwar nicht gerade gemütlich eingerichtet, doch waren Möbel, Kühlschrank, Radio und Fernsehapparat vorhanden. Die Haushaltsführung besorgten Mitarbeiter der Sozialstation. Herr B. lebte seit zehn Jahren hier. Obgleich gelernter Buchdrucker, war er lange Jahre vor und nach dem Krieg arbeitslos gewesen und hatte sich keine berufliche Stellung aufbauen können. Eine Oberarmfraktur vor

über zwanzig Jahren hatte eine Plexuslähmung rechts zurückgelassen, eine Oberschenkelfraktur war wegen einer Osteomyelitis nie richtig geheilt. Die Muskulatur war während der jetzt 4jährigen Bettlägrigkeit atrophisch geworden. Herr B. beschäftigte sich übermäßig viel mit seinen eigenen Körperfunktionen und wehrte sich stark gegen eine aktivierende Pflege. Er fand immer wieder Gründe, warum er das Bett nicht verlassen könne. Das Angebot, mit ihm bei schönem Wetter mit einem Rollstuhl zum Frisör und in ein Lokal zu fahren, lehnte er mehrmals vehement ab.

Nach Zukunftserwartungen befragt, erklärte Herr B., daß sich die Gesundheit verschlechtern und in sozialer Hinsicht sich nichts verändern werde. Sozialkontakte schien Herr B. außer zu Mitarbeitern der Sozialstation und beim gelegentlichen Besuch des Pfarrers nicht zu haben. Obgleich ihn das Wohnen in einer Notunterkunft sehr belastete und er keine Gelegenheit ausließ, um über die "kriminelle Umgebung" zu schimpfen, sah er keine Möglichkeit, jemals wieder in eine Wohnung zu ziehen. Er hatte völlig resigniert und sich in die Krankheit zurückgezogen. Herr B. war aber geistig rege, verfolgte das Tagesgeschehen in Zeitung und Fernsehen, war in letzter Zeit aber etwas vergeßlicher geworden. Teils flüchtete er sich in den Alkohol, da er manchmal etwas betrunken angetroffen wurde. Ansonsten zeigte sich Herr B. auffallend freundlich und bescheiden. Er wolle "niemandem zur Last fallen".

In einem anderen Block ist Herr K., 63, schon vom Treppenhaus her zu hören, da die Türe offen ist und er mit sich selbst redet. Körperlich ist er in einem schlechten Zustand. Meist liegt er im Bett, klagt über Asthma und Beschwerden, die von Granatsplittern im Oberschenkel herrühren. Immer wieder demonstriert Herr K. seine Behinderung, einmal produziert er eine Herzattacke. Sein Bett und der Schlafanzug sind beschmiert, meist macht er einen betrunkenen Eindruck. Einmal traf ihn der Untersucher verletzt an, das Gesicht war mit Prellmarken verunstaltet. Er gab an, von seinem Nachbarn verprügelt worden zu sein, vor dem er starke Angst hatte. Der Vorwurf des Nachbarn sei gewesen, daß Herr K. vor dessen Kindern exhibiert

habe. Als früherer Bahnangehöriger fährt Herr K. bisweilen mit dem Taxi zu einem Bahnarzt in einem weit entfernten Stadtteil, um sich dort eine große Spritze verabreichen zu lassen. Ansonsten lehnt er andere ärztliche Hilfe ab.

Herr K. ist ausgeprägt reizbar und affektilabil. Regelmäßig weint er bei Gesprächen und räumt Suizidgedanken ein. Zu den Selbstgesprächen sagte er auf Befragen, er habe mit seiner "Mami" gesprochen. Ansonsten redet er bisweilen an einem vorbei, indem er englische Wortfolgen vor sich hersagt, ist ideenflüchtig und berichtet über Denksperren.

Der geschiedene, kinderlose Mann bezieht eine gute Rente, worauf er immer wieder durch Vorzeigen des Kontoauszuges hinweist. Das Geld und der Versuch, kleinere Beträge einem richtig aufzudrängen, scheinen für ihn wichtig zur Selbstbestätigung zu sein. Die Schwestern der Sozialstation besuchen Herrn K. nur ungern, da er meist betrunken ist und bevorzugt über sexuelle Themen redet.

Zur psychiatrischen Behandlung ist er nicht zu bewegen.

Zum Schluß sei noch eine Impression berichtet, zugetragen an einem schönen Frühlingsnachmittag. Herr S., 54, geschieden, allein in einer Unterkunft lebend, sitzt mit freiem Oberkörper vor dem Kohleherd seines Zimmers und verheizt alte Schuhe, die er aus Mülltonnen zusammentrug, um sich eine Wasserschüssel zu erwärmen. Das einzige, was daran erinnert, daß wir uns im 20. Jahrhundert befinden, ist ein altes Radiogerät und ein Kühlschrank, der große Mengen an Fleisch enthält.

Herr S. lebt von Sozialhilfe, DM 295.-, wie er angibt. Er hat zwar eine abgeschlossene Lehre als Koch, doch war er in den letzten Jahren nicht mehr in seinem Beruf tätig. Seit der Jugend leidet er an Epilepsie. Die Anfälle hätten sich in letzter Zeit gehäuft, weswegen er immer wieder in stationärer neurologischer Behandlung sei. Ferner habe er öfter Herzbeschwerden. Bei bestimmten Themen ist er sehr gereizt und droht mit drastischen Aktionen, beispielsweise gegenüber der Hausverwaltung. Er beruhigt sich sehr schnell wieder, wehrt aber viele Fragen ab. Nach ungefähr einer Stunde bietet Herr S. dem Untersucher einen Stuhl an und kramt Bilder hervor.....

4 Diskussion

Bei der Betrachtung der Ergebnisse dieser Arbeit ist zu berücksichtigen, daß sich die untersuchte Sozialstation von anderen Einrichtungen in vieler Hinsicht unterscheiden dürfte. Einmal befindet sie sich in einer Großstadt und ist nicht mit kleinstädtischen oder ländlichen Verhältnissen vergleichbar. Weiters liegt ihr Betreuungsbereich am Stadtrand in einem Bezirk mit fast ausschließlich sozialem Wohnungsbau und der größten Obdachlosenanlage der Stadt.

Zum anderen bestehen enge Verflechtungen mit dem sozialpsychiatrischen Dienst desselben Trägers, der die Notwendigkeit eines psychiatrischen Hilfsangebotes für soziale Randgruppen klar gesehen hat und die "Carolinenhilfe" einrichtete. Das führte beispielsweise zur Anstellung einer psychiatrischen Fachkrankenschwester, die teils für psychisch kranke Patienten, teils auch für die anderen Patienten der Sozialstation verantwortlich war. Dadurch bestand in dieser Einrichtung ein Problembewußtsein, welches in anderen Sozialstationen nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden kann. So wurde nicht nur eine Kompetenz für ambulante Krankenpflege, Altenpflege und Haus- und Familienpflege gesehen, sondern man nahm sich auch der psychosozialen Dimension an und betreute auch offensichtlich psychisch kranke Personen. Das muß bei den gefundenen Häufigkeiten psychischer Störungen berücksichtigt werden.

Dazu sei auf Tabelle 53 verwiesen. Nur 7 der 45 interviewten Patienten wiesen keinerlei psychische Störungen auf. Allerdings bestand nur bei 18 der 45 Personen (40 %) eine psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit. Daran wird deutlich, wie wichtig es ist, daß die im Vorfeld psychiatrischer Dienste Tätigen mit den psychischen Problemen ihrer Klienten umgehen können und vor allem auch die Entscheidung zu treffen vermögen, ob sie selbst eine Betreuung im medizinischen, psychischen oder sozialen Bereich für den konkreten Fall anbieten können oder ob psychiatrische Hilfe noch zusätzlich erforderlich ist. Aus den Personen mit psychischen Beschwerden sind diejenigen

herauszufiltern, die ohne psychiatrische Diagnostik und Therapie keine Besserung ihres Zustandes zu erwarten hätten. Für leichtere "psychische Störungen", die sie oft bei den alltäglichen Sorgen und Nöten, besonders aber bei körperlicher Krankheit und sozialen Problemen auftreten, ist eine psychiatrische Betreuung nicht erforderlich, wenngleich psychiatrische Kenntnisse von Vorteil sind. Je nach Kenntnisstand und Schule wird das Ergebnis des "Filterns", der Fallidentifikation, unterschiedlich ausfallen.

Am geringsten sind die Unterschiede, wie auf Seite 9 erwähnt, bei schweren organischen und endogenen Psychosen. Von den interviewten Patienten hatten 7 ein schweres organisches Syndrom, 2 ein paranoides und 4 Patienten ein depressives Syndrom. 1 Patient, bei dem das Interview nicht durchgeführt werden konnte, hatte ebenfalls ein schweres organisches Psychosyndrom. Zur Gruppe der schweren organischen und endogenen Psychosen unter Ausschluß eventuell in diese Kategorie gehörender depressiver Syndrome zählten somit 10 von 54 Patienten (19 %). Ein im Vordergrund der Symptomatik stehendes depressives Syndrom hatten 4 Patienten (7 %).

Tabletten- oder Alkoholabhängigkeit fand sich bei 7 Personen (13 %). Wegen anderer neurotischer oder Persönlichkeitsstörungen wurden, wie erwähnt, 3 der interviewten Patienten für behandlungsbedürftig erachtet, doch ist hier die Entscheidung besonders schwer.

Insgesamt ergibt sich somit für die Population der Altershilfe ein Bedarf an psychiatrischer Behandlung bei 40 bis 50 % der Patienten. Die Patienten der Carolinenhilfe sind dabei noch nicht berücksichtigt. Obwohl sie vom Untersucher nicht gesehen wurden, dürften die meisten von ihnen psychiatrischer Behandlung bedürfen.

Für die gesamte Population der untersuchten Sozialstation ergibt sich somit ein Bedarf an psychiatrischer Behandlung bei gut 50 % der Patienten.

An dieser Stelle sei etwas bezüglich der Verlässlichkeit der gesammelten Informationen und damit der gefundenen Behand-

lungsbedürftigkeit bemerkt. Der Zugang zu den Patienten erfolgte durch das Auftreten als Mitarbeiter der Sozialstation. Die erhobenen Daten beschränken sich somit auf die Informationen, die der Patient einem Mitarbeiter der Sozialstation gegenüber zu geben bereit ist. Die Verlässlichkeit der Antworten ist geringer, wenn die Beziehung zwischen Klient und Sozialstation gespannt ist. Ferner können auch Ängste die Ehrlichkeit der Aussagen beeinträchtigen, beispielsweise die Befürchtung, bei starken Störungen in ein Alters- oder Pflegeheim oder ein psychiatrisches Krankenhaus abgeschoben zu werden beziehungsweise bei zu wenig Beschwerden keine Betreuung mehr durch die Sozialstation zu erhalten. Die Verlässlichkeit der Antworten der interviewten Personen wurde bei 2/3 der Patienten als mäßig eingeschätzt, bei 5 Personen (11 %) als ausgesprochen gut, und bei 10 Patienten (22 %) erschienen die Antworten schlecht verlässlich. Auf eine genauere Differenzierung nach den Merkmalen sei hier verzichtet.

Im Folgenden soll zu den auf Seite 17 zitierten Fragen von Wing (1975) Stellung genommen werden.

Zur 1. Frage:

Das Einzugsgebiet der untersuchten Sozialstation umfaßte ca. 28 000 Einwohner (vgl. S. 19), die Patientenkartei im untersuchten Monat 83 Personen, das entspricht ca. 0,3 % der Bevölkerung.

Über 65 Jahre als sind ca. 9,5 % der in Hasenberg1 lebenden Menschen, das sind ca. 2 650 Personen. 46 der von der Sozialstation betreuten 83 Personen waren in diesem Alter, d.h. ca. 1,7 % der über 65jährigen Personen in Hasenberg1 waren im untersuchten Monat Klienten der Sozialstation.

Jeder Klient kam im untersuchten Monat durchschnittlich 16 Stunden mit Mitarbeitern der Sozialstation in Kontakt; inwiefern sich der zeitliche Aufwand während der Betreuung änderte, kann nicht beurteilt werden. Allerdings befanden sich unter den Patienten viele chronisch Kranke, sodaß der zeitliche Aufwand ziemlich konstant bleiben dürfte.

Von den interviewten Personen waren ca. die Hälfte schon mehr als 1 Jahr Patienten der Sozialstation, 3/4 länger als 6 Monate (vgl. Tab. 46). 5 der interviewten Personen waren ein halbes Jahr später verstorben.

Zur 2. Frage:

Die Bedürfnisse der Patienten der Sozialstation liegen vor-
dergründig in einer ambulanten kranken- bzw. Altenpflegeri-
schen Betreuung mit hauswirtschaftlichen Hilfeleistungen.
12 der interviewten Personen waren bettlägrig oder auf einen
Rollstuhl angewiesen, 19 weitere stärker behindert (vgl. Ta-
belle 45). Weitgehend beschwerdefrei waren nur 6 der inter-
viewten Personen (Tab. 37). Auf die Frage nach der subjektiv
größten Belastung wurden am häufigsten gesundheitliche Pro-
bleme genannt (Tab. 36). Der Hauptteil lag wie bei anderen
Untersuchungen (vgl. Seite 7) in Störungen des Herz-Kreis-
lauf-Systems und des Bewegungsapparates (vgl. Tab. 40). Der
Anteil multimorbider Patienten war beträchtlich (Tab. 41).
Auf die psychischen Störungen und deren Behandlungsbedürf-
tigkeit wurde oben schon ausführlich eingegangen.
Hingewiesen sei an dieser Stelle auf das Problem der Isola-
tion. 62 % der Interviewten lebten alleine (vgl. Tab. 21),
40 % waren stark isoliert (Tab. 23). Auf die Frage nach
der subjektiv größten Belastung wurden am zweithäufigsten
Vereinsamung und Probleme aus dem Bereich Liebe/Ehe/Sexua-
lität angegeben (Tab. 36).

Offensichtlich ist, daß bei der untersuchten Population Ver-
besserungen in der Finanz- und Wohnungssituation notwendig
sind.

Zur 3. Frage:

Die Untersuchung zeigt, daß Personen mit ausgeprägten kör-
perlichen und psychischen Behinderungen in ihrer Wohnung
leben können, wenn sie dort ausreichend gepflegt werden.
Allerdings ist der Aufwand an notwendigen Hilfen umfang-
reich (vgl. S. 15). Die untersuchte Sozialstation konnte
die meisten der im Katalog offener Hilfen (Haag, G. 1972)
angeführten Leistungen anbieten oder entsprechende Ein-
richtungen vermitteln.

Ein Vergleich zur stationären Pflege unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten kann in diesem Rahmen nicht durchgeführt werden. Vom subjektiven Standpunkt der Betreuten her gesehen, ist häusliche Pflege vorzuziehen, ganz abgesehen von den Risiken auch gesundheitlicher Art, die eine Aufnahme in ein Krankenhaus oder Pflegeheim mit sich bringt (vgl. Rosin und Boyd 1966).

Verbesserungsbedürftig ist die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten. Ein Informationsaustausch zwischen ambulanten Pflegekräften und behandelndem Arzt fand meist nicht statt. Das wird auch in Tabelle 3 sichtbar. Nur 12 % der Betreuten waren von Ärzten der Sozialstation zugewiesen worden. Wie Meyer (1975) fand, hielten nur wenige Ärzte ambulante Sozialdienste für erforderlich. Überhaupt schienen ärztliche Maßnahmen nicht sehr wirksam zu sein. Obgleich 87 % der Interviewten innerhalb des letzten Monats einen Arzt aufgesucht hatten, gab es nur ganz wenige Patienten (6 von 45), die unter Therapie weitgehend frei von körperlichen Symptomen waren (Tab. 37).

Es ist erstrebenswert, daß Allgemeinärzte auch die beträchtlichen psychischen Störungen (s. Tab. 53) in Zusammenarbeit mit der Sozialstation fachgerecht behandeln können und Psychiater nur in Einzelfällen konsiliarisch hinzugezogen werden müssen. Wegen der Verflechtung psychischer Störungen mit sozialen und medizinischen Problemen wäre der Einsatz multiprofessioneller Teams in Krisensituationen wünschenswert. Gerade der Besuch in der Wohnung des Patienten kann Eindrücke vermitteln, die in der Sprechstunde nicht gewonnen werden können (vgl. z. B. die geschilderten Eindrücke bei Obdachlosen).

Mitarbeiter der städtischen Familienfürsorge machten im Bereich der Notunterkünfte regelmäßige Hausbesuche und konnten in Einzelfällen Verbesserungen der Finanz- und Wohnungssituation in die Wege leiten. Die Zusammenarbeit mit der Sozialstation war gut. So kamen 34 % der Patienten über Vermittlung der Familienfürsorge in die Betreuung der Sozialstation.

Bei der vorhandenen großen Isolation der Patienten spielt das Kontaktangebot eine große Rolle. So wurden regelmäßig stattfindende Gruppen organisiert, deren Mitglieder auch untereinander Kontakt hielten und sich gegenseitig unterstützten. Ferner wurde der große Bedarf an Einzelgesprächen und Besuchen durch die Mitarbeit von Laienhelfern abgedeckt, die anfangs geschult und während ihres Einsatzes fachkundig begleitet wurden. Diese vermehrte Einbeziehung von Helfern wurde den freien Trägern im Enquete-Schlußbericht (Sonder-votum Prof. Hippius) empfohlen.

Zur 4. Frage:

Die Frage nach den Bedürfnissen der Menschen, die keinen Kontakt mit der Einrichtung haben, ist sehr schwer zu beantworten. Ursprünglich war geplant, neben den von der Sozialstation betreuten Obdachlosen auch alte Obdachlose ohne Betreuung zu interviewen. Die zuständige Familienfürsorgerin erklärte sich bereit, den Erstkontakt zu vermitteln, nachdem der Untersucher allein keinerlei Erfolg hatte. Die Interviews wurden aber nicht weitergeführt, da die Angaben offensichtlich nicht ehrlich waren, wahrscheinlich weil man im Untersucher einen Mitarbeiter oder zumindest Informanten einer städtischen Behörde vermutete. Manche Befragte äußerten den Verdacht, sie sollten in ein Altersheim eingewiesen werden. Dementsprechend äußerten sie keine Beschwerden. Es ist fraglich, ob überhaupt die Möglichkeit besteht, Zugang zu diesem Personenkreis über ein psychiatrisches Interview zu erlangen, ohne daß ein Bedürfnis nach Hilfe besteht. Eine Chance könnte man Initiativgruppen einräumen, die über längere Zeit zusammen mit Obdachlosen gearbeitet haben. Nur dürften diese weniger daran interessiert sein, objektivierbare quantitative Beschreibungen des augenblicklichen Zustandes zu erstellen, als vielmehr eine qualitative Verbesserung der Lebensbedingungen der Obdachlosen zu erreichen. Daß psychische Störungen in dieser Population häufig sind, darüber besteht kein Zweifel (Pörksen 1974, Bericht über die Lage der Psychiatrie 1975).

Zur 5. Frage:

Hier sei nur auf die Situation im Bereich der Gerontopsychiatrie verwiesen, wie sie von Hippius und Kanowski (1974) und in der Psychiatrie-Enquete (Bericht über die Lage der Psychiatrie 1975) dargelegt wurde. Die beschriebenen Versorgungslücken im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich wurden auch bei den untersuchten Patienten deutlich. Es wäre wünschenswert gewesen, einige Patienten zum "Assessment" in ein gerontopsychiatrisches Zentrum motivieren zu können. Auch der ungedeckte Bedarf an teilstationärer oder kurzfristiger stationärer Betreuung machte sich bemerkbar, wenn Angehörige z. B. in Urlaub fahren wollten oder eine teilweise Entlastung wünschenswert gewesen wäre. Solange derartige Einrichtungen nicht bestehen, muß zumindest eine bessere Koordination der bestehenden Dienste erreicht werden.

Auf die 6. Frage von Wing kann hier nicht eingegangen werden.

Den gefundenen Beziehungen zwischen psychiatrischen und sozialen Merkmalen kommt schon vom Ansatz der Arbeit her keinerlei Allgemeingültigkeit zu. Es sei daher darauf verzichtet, die an der Population dieser Sozialstation gefundenen Ergebnisse zu interpretieren. Hervorgehoben sei, daß die Geschlechtsverteilung ein deutliches Überwiegen der Frauen ergab, indem im untersuchten Monat circa doppelt so viele Frauen von der Sozialstation betreut wurden als Männer (vgl. Tab. 18). Auch Cooper (1972) hatte in Allgemeinpraxen gefunden, daß Prävalenz und Ersterkrankungsraten für Frauen ungefähr doppelt so hoch waren wie die der Männer. Ansonsten sei auf Kap. 3.2 verwiesen.

Besuche bei Obdachlosen vermittelten einen Eindruck davon (vgl. Kap. 3.3), wie sehr einzelne Personen gestört und zum Teil nicht in der Lage waren, von sich aus Behörden oder Sozialdienste aufzusuchen. Hilfe muß ihnen vielmehr aktiv entgegen gebracht werden.

5. Tabellen und Abbildungen

Abbildung 1: Stadtgebiet München,
Betreuungsbereich der Sozialstation schraffiert

Stadtbezirk 33 Feldmoching

Stadtviertel 332 Harthof, Lerchenau, Hasenberg1

Stadtviertel 3321 Hasenberg1 (schraffiert)

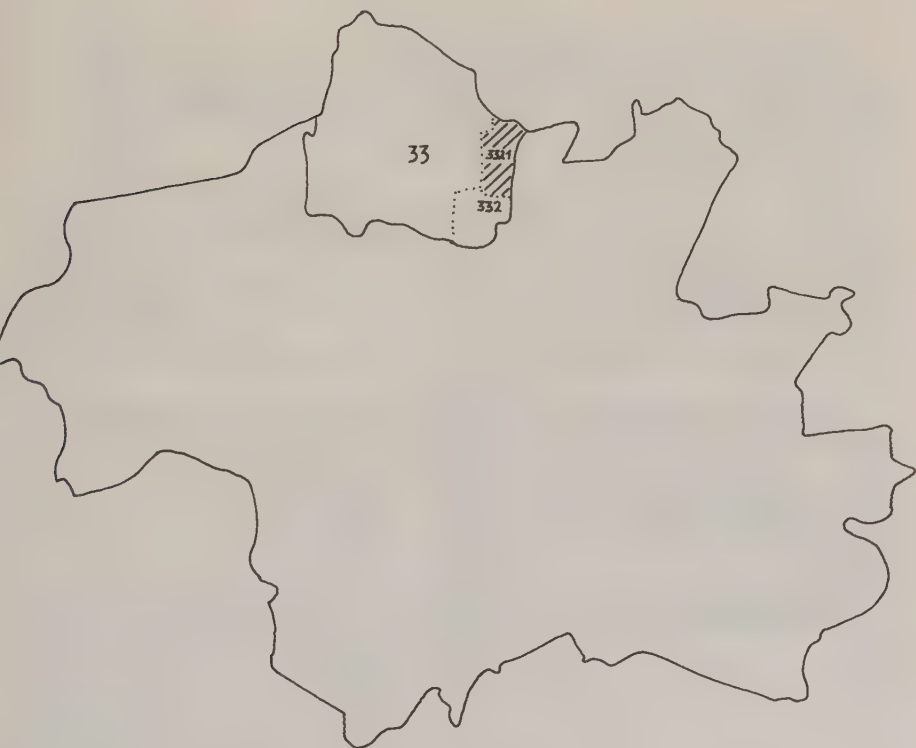


Tabelle 2 a: Personalstand der Sozialstation im Februar 1976

	Beschäftigung			Ges.Z.
	vollb.	teilz.	std.w.	
Krankenschwester	2	1		3
Altenpflegerin	1			1
Diakonische Helferin	1			1
Familienpflegerin	1			1
Verw.Angestellte	1			1
Zivildienstleistender	1			1
Krankenpfl.schülerin		3		3
Altenpflegeschülerin		1		1
Helferin		4	13	17
Gesamtzahl	7	9	13	29

Tabelle 2 b: Tätigkeit der Sozialstation im vierten Quartal 1975, aufgegliedert nach dem prozentualen Zeitaufwand

Ambulante Krankenpflege	39,6 %
Ambulante Altenpflege	14,8 %
Haus- und Familienpflege	5,7 %
Hilfs- und Leitstellenfunktion, Patientenclub, Betreuung beim Essen, gesellige Veranstaltungen	8,0 %
Essen auf Rädern	6,6 %
Sozialpsychiatrische Betreuung	4,3 %
Verwaltungsaufgaben	21,0 %
	100,0 %

Tabelle 3: Zahl der Patienten der Sozialstation im Februar 1976, aufgegliedert nach den zuweisenden Institutionen

Familienfürsorge	28	(34 %)
Privat	25	(30 %)
Pfarrämter	14	(17 %)
Ärzte	10	(12 %)
Krankenhäuser	5	(6 %)
Krankenkassen	1	(1 %)
	83	(100 %)

Tabelle 4: Merkmale des standardisierten psychiatrischen Interviews (SPI) von Goldberg et al. (1970),
allgemeine Regeln für die 5-Punkt Skala

<u>Subjektive Symptome:</u>	
Körperliche Symptome (psychogen)	0 (abwesend): Verneinende Antworten auf die Fragen
Müdigkeit	1 (leicht): Symptom ist in minimalem Grade vorhanden oder stellt einen Charakterzug dar, der keine deutliche Bedrängnis verursacht
Schlafstörung	2 (mäßig): Symptom mit deutlicher Bedrängnis trat nur gelegentlich auf
Reizbarkeit	3 (ausgeprägt): Symptom mit starker Bedrängnis trat selten auf oder Symptom mit deutlicher Bedrängnis trat häufig auf
Konzentrationsmangel	4 (stark): Symptom mit starker Bedrängnis trat häufig auf
Depressive Verstimmung	
Angst	
Phobien	
Zwangssymptome	
Depersonalisation	
<u>Beobachtbare Symptome:</u>	
langsam, spontaneitätsarm	0 (abwesend): Das Symptom ist praktisch nicht vorhanden
abwehrend, verharmlosend, mißtrauisch, gereizt	1 (leicht): Trotz einigen Anhalts für das fragliche Symptom wird es als nicht pathologisch betrachtet
demonstrativ, theatralisch	2 (mäßig): Das Symptom ist beim Interview in einem leichten Grade vorhanden
deprimiert	3 (ausgeprägt): Die einzelnen Definitionen sind dem Leitfaden zum Gebrauch des SPI zu entnehmen
ängstlich, angespannt, unruhig	4 (stark): Das Symptom ist während des Interviews stark bemerkbar
gehoben, beschleunigt, erregt	
Affekt verflacht, inadäquat	
Wahn, Fehldeutungen, sensitive Züge	
Halluzinationen	
hypochondrisch	
depressive Gedanken	
psychoorganisches Syndrom	

Tabelle 5: Gradeinteilung des psychoorganischen Syndroms

- | | |
|---|---|
| 0 | keinerlei psychoorganische Störungen |
| 1 | leichtes psychoorganisches Syndrom =
keine nachweisbaren räumlich-zeitlichen Orientierungsstörungen bei Vorliegen einzelner oder mehrfacher deutlicher Störungen der übrigen intellektuellen Funktionen |
| 2 | mittleres psychoorganisches Syndrom =
unvollständige räumlich-zeitliche Orientierungsstörungen bei Vorliegen deutlicher Störungen der übrigen intellektuellen Funktionen |
| 3 | schweres psychoorganisches Syndrom =
vollständige räumlich-zeitliche Orientierungsstörungen bei Vorliegen deutlicher Störungen der übrigen intellektuellen Funktionen (Demenz) |
| 4 | Psychoorganisches Syndrom mit zusätzlichen Werkzeugstörungen =
Störungen der räumlich-zeitlichen Orientierung und der übrigen intellektuellen Funktionen mit gleichzeitigem Vorliegen von Aphasien und/oder Dyspraxien und/oder Agnosien |

Tabelle 6: Diagnostische Kategorien nach Kay et al. (1964 a)

Organische Syndrome:

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1 | Seniles Hirnsyndrom |
| 2 | Arteriosklerotisches Hirnsyndrom |
| 3 | Andere organische Zustände |

Funktionelle Syndrome:

- | | |
|---|----------------------------------|
| 4 | Schizophrene Psychosen |
| 5 | Affektive Störungen und Neurosen |
| 6 | Andere funktionelle Störungen |

Tabelle 7: Soziale Merkmale des Interviews

Alter	0 unter 24 1 25 - 34 2 35 - 44 3 45 - 54 4 55 - 64 5 65 - 74 6 75 - 84 7 85 - 94 8 95 und älter
Geschlecht	1 männlich 2 weiblich
Familienstand	0 ledig 1 verheiratet 2 getrennt 3 geschieden 4 verwitwet
Zahl der Kinder	0 keine Kinder 1 1 Kind 2 2 Kinder 3 3 und mehr Kinder
Zahl der Personen im Haushalt	1 1 Person 2 2 Personen 3 3 und mehr Personen
Wohnung	0 frei finanzierte Wohnung 1 Sozialwohnung 2 Notunterkunft 3 Altenanlage
Sanitäre Anlagen	0 nur fl. k. Wasser und Kohleherd 1 WC und Öl/Gas/Elektro-Heizung 2 WC, Ö/G/E-H., fl.w.W., Bad/Dusche 3 nur Ö/G/E-Heizung
Möblierung	0 gut 1 ausreichend 2 ungenügend
Zustand der Wohnung	1 unverändert vernachlässigt 2 unverändert gepflegt 3 verschönt vernachlässigt 4 verschönt gepflegt
Art des Einkommens	1 Rente 2 Rente und Sozialhilfe 3 Sozialhilfe 4 berufliche Tätigkeit 5 Sonstiges

Fortsetzung von Tabelle 7: Soziale Merkmale des Interviews

Grund der Rente	0 keine Rente 1 Altersgrenze 2 Invalidität 3 Witwe
Höhe des Einkommens	1 unter DM 300 2 DM 300 - 399 3 DM 400 - 499 4 DM 500 - 599 5 DM 600 - 699 6 DM 700 - 799 7 DM 800 - 899 8 DM 900 - 999 9 DM 1000 und mehr
Anzahl der Sachgüter	
Berufsausbildung	0 keine 1 nicht abgeschlossene Lehre 2 nicht abgeschlossene Fachschule 3 abgeschlossene Lehre 4 abgeschlossene Fachschule 5 Hochschule ohne Abschluß 6 Hochschule mit Abschluß
Schulbildung	0 keine 1 Sonderschule/Volksschule ohne Abschl. 2 Volksschule/Mittelschule ohne Abschl. 3 Mittlere Reife 4 Fachschule 5 Gymnasium ohne Abschluß 6 Abitur
Soziale Schicht (Moore und Klein- ning 1960)	1 Sozial Verachtete 2 Untere Unterschicht 3 Obere Unterschicht 4 Untere Mittelschicht 5 Mittlere Mittelschicht 6 Obere Mittelschicht
Sozialer Abstieg	0 nein 1 ja
Veränderungen in der Familie	0 nein 1 ja (innerhalb des letzten Jahres)
Telefon	1 nicht vorhanden 2 beantragt 3 vorhanden

Fortsetzung von Tabelle 7: Soziale Merkmale des Interviews

Größte Belastung	0 keine Angabe 1 Gesundheitszustand 2 Beruf 3 Wohnsituation 4 Finanzielle Lage 5 Bereich Liebe/Ehe/Sexualität 6 Familiäre Probleme 7 Vereinsamung 8 Gesellschaft
Herkunft	1 Raum München 2 Übriges Deutschland 3 Heimatvertrieben 4 Ausland

Tabelle 8: Beschäftigungsformen

Beschäftigt mit:		
Haushalt	☐	0 nein
Beruf	☐	1 selten mit geringer Intensität
Radiohören	☐	2 selten mit großer Intensität
Fernsehen	☐	3 häufig mit geringer Intensität
Lesen	☐	4 häufig mit großer Intensität
Musizieren	☐	
.....	☐	
.....	☐	
Kinobesuch	☐	
Theaterbesuch	☐	
Kirchenbesuch	☐	
Besuch bei		
.....	☐	
.....	☐	
Sonstiges:		
.....	☐	
Summe:	☐	<u>Aktivität:</u> 0 weniger als 10 Punkte 1 10 - 19 Punkte 2 20 - 29 Punkte 3 30 - 39 Punkte 4 40 und mehr Punkte

Tabelle 9: Sozialbeziehungen

Kennen Sie auch noch andere Leute außer denen, mit denen Sie zusammenleben? Wie oft treffen Sie sich mit ihnen?

wen? Treffen unregelm. regelm. pro pro pro pro
Tag Wo. Mon. Jahr

Verwandte:

.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bekannte:

.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Gemeinsames Essen

☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Kulturelle Ein-
richtungen:

.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Organisationen:

.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wohlfahrtsdienste:

.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(Zahl der angekreuz-
ten Kästchen,
multipliziert mit:

☐	☐	☐	☐
x 4	x 3	x 2	x 1

Punktzahl:)

☐	+	☐	+	☐	+	☐	+	☐	=	☐
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Sozialbeziehungen:

0	weniger als 10 Punkte
1	10 bis 19 Punkte
2	20 bis 29 Punkte
3	30 bis 39 Punkte
4	40 und mehr Punkte

Tabelle 10: Art der körperlichen Erkrankung

Erkrankung des

- 1 Herz-Kreislauf-System
- 2 Atmungsorgane
- 3 Verdauungssystem
- 4 Bewegungsapparat
- 5 ableitende Harnwege und Geschlechtsorgane
- 6 Gehirn und Rückenmark
- 7 Endokrines System
- 8 Blut und blutbildende Organe
- 9 Haut

Tabelle 11: Schweregrad der körperlichen Beschwerden

- 0 keine Symptome
- 1 Zustand nach behandelter Erkrankung
- 2 Symptom mit deutlicher Bedrängnis trat nur gelegentlich auf
- 3 Symptom mit deutlicher Bedrängnis trat häufig auf oder Symptom mit starker Bedrängnis trat selten auf
- 4 Symptom mit starker Bedrängnis trat häufig auf

Tabelle 12: Medizinische Behandlung

Ambulante Behandlung:

Hausarzt:

Facharzt:

Stationäre Behandlung:

Krankenhaus:

Zeitpunkt:

Grund:

Die letzte Behandlung war

0 vor mehr als 5 Jahren

1 vor 1 - 5 Jahren

2 innerhalb eines Jahres

3 innerhalb eines Monats

Augenblickliche Behandlungsformen:

Medikamente:

Sonstiges:

Tabelle 13: Funktion der Sinnesorgane

Sehstörung	0 keine bis minimale Beeinträchtigung 1 permanente Beeinträchtigung, die durch Brille korrigiert werden kann 2 nicht zu korrigierender Funktionsverlust
Hörstörung	0 keine bis minimale Beeinträchtigung 1 akustische Kommunikation behindert 2 akustische Kommunikation sehr erschwert oder unmöglich

Tabelle 14: Grad der Behinderung in täglichen Verrichtungen

Schwierigkeiten bei:				
zu Bett gehen und aufstehen	☐			
Benutzen der Toilette	☐			
Waschen von Gesicht und Händen	☐	0 ohne Schwierigkeit		
Haare kämmen	☐	1 nur mit Mühe		
Baden	☐	2 nicht ohne Hilfe		
Anziehen	☐			
Essen und Trinken	☐			
Gehen in der Wohnung	☐			
Treppensteigen	☐			
Einkaufen	☐			
Fahren mit öffentlichen Verkehrsmitteln	☐			
Summe: 				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><u>Grad der Behinderung:</u></td> <td> 0 0 Punkte 1 1 - 4 Punkte 2 5 - 12 Punkte 3 13 und mehr Punkte 4 bettlägrig oder auf Rollstuhl angewiesen </td> </tr> </table>			<u>Grad der Behinderung:</u>	0 0 Punkte 1 1 - 4 Punkte 2 5 - 12 Punkte 3 13 und mehr Punkte 4 bettlägrig oder auf Rollstuhl angewiesen
<u>Grad der Behinderung:</u>	0 0 Punkte 1 1 - 4 Punkte 2 5 - 12 Punkte 3 13 und mehr Punkte 4 bettlägrig oder auf Rollstuhl angewiesen			

Tabelle 15: Versorgung durch die Sozialstation

Art der Bedürftigkeit (aus der Kartei der Sozialstation)	1 Hilfe zur Pflege 2 Hilfe zur Weiterführung des Haushalts 3 Altershilfe 4 sozialpsychiatrische Be- treuung 5 sozialpsychiatrische Be- treuung in Kombination mit Punkt 1, 2 oder 3 6 Sonstiges
Dauer der Betreuung	1 weniger als 6 Monate 2 weniger als 1 Jahr 3 länger als 1 Jahr
Kostenträger	0 kostenlos 1 Sozialamt 2 Krankenkasse 3 Selbstzahler

Tabelle 16: Altersaufbau:

- a) der Bevölkerung in Hasenberg (n = 27 872)
- b) der Population der Sozialstation (n = 83)
- c) der Population der Altershilfe (n = 54)
- d) der Population der untersuchten Personen (n = 45)

Alter (Jahre)	a (%)	b (%)	c (Pers.(%))	d (Pers.(%))
0 - 24	40,5	0	0	0
25 - 34	10,9	1,3	0	0
35 - 44	17,8	7,6	2 (4 %)	1 (2 %)
45 - 54	13,2	16,5	8 (15 %)	6 (13 %)
55 - 64	8,0	19,0	9 (17 %)	9 (20 %)
65 - 74	6,2	27,8	16 (30 %)	14 (31 %)
75 - 84	2,7	19,0	12 (23 %)	9 (20 %)
85 - 94	0,6	8,9	7 (13 %)	6 (13 %)
95 u. ä.	0,0	0	0	0
65 u. ä.	9,5	55,7	35 (65 %)	29 (64 %)
Mittelw.	-	65,2 J.	68,6 J.	68,8 J.

Abbildung 17: Altersaufbau der verschiedenen Populationen,
Bezeichnungen analog Tabelle 16

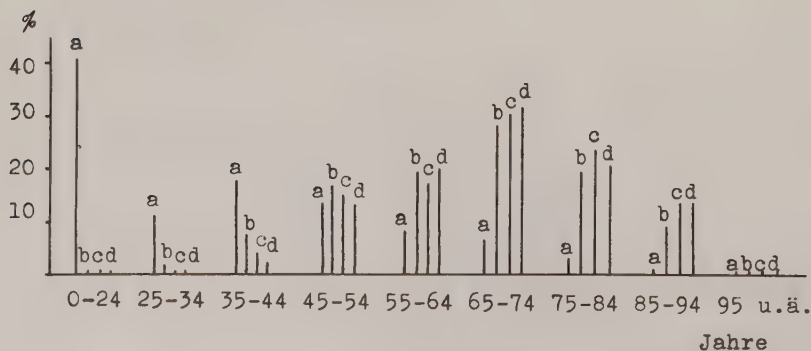


Tabelle 18: Geschlechtsverteilung

- a) der Bevölkerung in Hasenberg1 (n = 27 872)
- b) der Population der Sozialstation (n = 83)
- c) der Population der Altershilfe (n = 54)
- d) der Population der untersuchten Personen (n = 45)

	a	b	c	d
	%	Pers.(%)	Pers.(%)	Pers.(%)
männlich	47,4	22 (27%)	16 (30%)	14 (31%)
weiblich	52,6	61 (73%)	38 (70%)	31 (69%)

Abbildung 19: Geschlechtsverteilung der interviewten Personen, aufgegliedert nach dem Alter

Zahl der
Personen

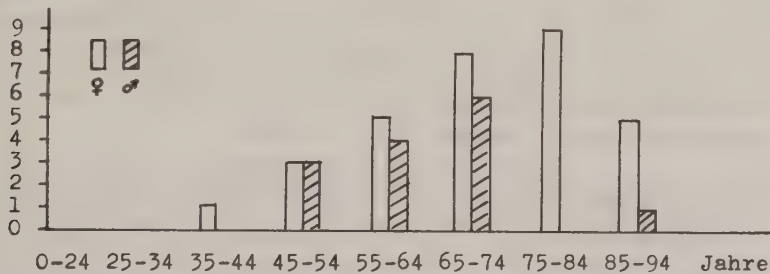


Tabelle 20: Familienstand der interviewten Personen (n = 45)
Zahl der Personen (% von 45)

ledig	verheiratet	getrennt	geschieden	verwitwet
9 (20 %)	8 (18 %)	2 (4 %)	6 (13 %)	20 (44 %)

Tabelle 21: Zahl der Personen im Haushalt

1 Person	2 Personen	3 Personen und mehr
28 (62 %)	12 (27 %)	5 (11 %)

Tabelle 22: Kinderzahl der interviewten Personen (n = 45)

kein Kind	1 Kind	2 Kinder	3 und mehr Kinder
18 (40 %)	5 (11 %)	9 (20 %)	13 (29 %)

Tabelle 23: Sozialbeziehungen
(Gradeinteilung siehe S. 64)

0	1	2	3	4
4 (9 %)	14 (31 %)	18 (40 %)	5 (11 %)	4 (9 %)
stark isoliert		wenige	viele	
		Sozialbeziehungen		

Tabelle 24: Aufteilung der Populationen der untersuchten Patienten, der Altershilfe und der Sozialstation nach der Art der Wohnung

Zahl der Personen (Prozent von n)

	untersuchte Population (n = 45)	Alters- hilfe (n = 54)	Sozial- station (n = 83)
Sozialwohnung	30 (67 %)	36 (67 %)	55 (66 %)
Notunterkunft	13 (29 %)	14 (26 %)	21 (25 %)
Altenanlage	0	2 (4 %)	4 (5 %)
frei finanz.	2 (4 %)	2 (4 %)	3 (4 %)

Tabelle 25: Aufgliederung der interviewten Population nach den in der Wohnung vorhandenen sanitären Anlagen

WC, Ww, Bad/Dusche, Öl/Gas/Elektro-Heizung	31 Pers.
WC, Öl/Gas/Elektro-Heizung	1 Pers.
Nur Öl/Gas/Elektro-Heizung	1 Pers.
Nur kaltes Wasser und Kohleherd	12 Pers.
	45 Pers.

Tabelle 26: Aufgliederung der interviewten Personen nach der vorhandenen Möblierung und nach der Art der Wohnung

Möblierung	Sozialw.	Notunterk.	Altena./fr.	
gut	28	2	2	32
ausreichend	2	7	-	9
ungenügend	-	4	-	4
	30	13	2	45

Tabelle 27: Aufgliederung der interviewten Personen nach dem Zustand ihrer Wohnung und nach der Art der Wohnung

Zustand der Wohnung	Sozialw.	Notunt.	Aa/fr.	
verschönt gepflegt	27	1	2	30
verschönt ungepflegt	1	4	-	5
unverändert gepflegt	2	4	-	6
unverändert ungepfl.	-	4	-	4
	30	13	2	45

Tabelle 28: Schulbildung der interviewten Personen

Volksschule	Mittlere Reife	Abitur	
32 Pers.	7 Pers.	6 Pers.	45 Personen
71 %	16 %	13 %	100 %

Tabelle 29: Berufsausbildung der interviewten Personen

keine Berufs- ausbildung	abgeschl. Lehre	abgeschl. Fachschule	Hochschule ohne Abschl. mit	
16 Pers.	20 Pers.	5 Pers.	2 Pers.	2 Pers.
36 %	44 %	11 %	4 %	4 %

Tabelle 30: Aufgliederung der interviewten Personen nach der sozialen Schicht im Vergleich zur Population von Moore und Kleining (1960)

	Interviewte Population (n = 45)		Vergleichspo- pulation von Moore und Kl. %
	Personen	%	
Sozial Verachtete } Untere Unterschicht } Obere Unterschicht } Untere Mittelschicht Mittlere Mittelsch. Obere Mittelschicht Oberschicht	10 5 16 9 2 2 0	22 % 11 % 36 % 20 % 4 % 4 % 0	4 % 17 % 28 % 30 % 15 % 5 % 1 %

Tabelle 31: Sozialer Abstieg der interviewten Personen

Sozialer Abstieg:		
ja	18 Pers.	40 %
nein	27 Pers.	60 %
	45 Pers.	100 %

Tabelle 32: Höhe des Haushaltseinkommens der interviewten Personen

unter DM 400	3 Pers.		
DM 400 - 499	4 Pers.		
DM 500 - 599	10 Pers.	unter DM 600	17 Pers. (38 %)
DM 600 - 699	5 Pers.	unter DM 700	22 Pers. (49 %)
DM 700 - 799	2 Pers.	unter DM 800	24 Pers. (53 %)
DM 800 - 999	5 Pers.	unter DM 1000	29 Pers. (64 %)
DM 1000 u. m.	15 Pers.		
unbekannt	1 Pers.		
	45 Pers.		

Tabelle 33: Art des Einkommens der interviewten Personen

Rente allein	17 Pers.	<u>Empfänger von Rente:</u>
Rente und Sozialhilfe	14 Pers.	38 Personen (84 %)
Rente und Zahlungen von Angehörigen	7 Pers.	<u>Empfänger von Sozialhilfe:</u>
Sozialhilfe allein	6 Pers.	20 Personen (44 %)
berufliche Tätigk.	1 Pers.	
	45 Pers.	

Tabelle 34: Grund der Rente der interviewten Personen

Invalidität	15 Personen
Witwe	12 Personen
Altersgrenze	11 Personen
	38 Personen

Tabelle 35: Herkunft der interviewten Personen

Raum München	20 Personen
Übriges Deutschl.	10 Personen
Heimatvertrieben	11 Personen
Ausland	4 Personen
	45 Personen

Tabelle 36: Subjektiv größte Belastung der interviewten Personen

Gesundheit	24 Personen
Vereinsamung	6 Personen
Liebe/Ehe/Sexualität	4 Personen
Finanzielle Lage	3 Personen
Wohnung	3 Personen
Familiäre Probleme	2 Personen
keine Angabe	3 Personen
	45 Personen

Tabelle 37: Schweregrad der körperlichen Symptomatik der interviewten Personen

keine Symptome	0 Pers.
Zustand nach behandelter Erkrankung	4 Pers.
Symptom mit deutlicher Bedrängnis trat nur gelegentlich auf	2 Pers.
Symptom mit deutlicher Bedrängnis trat häufig auf oder Symptom mit starker Bedrängnis trat selten auf	22 Pers.
Symptom mit starker Bedrängnis trat häufig auf	17 Pers.
	45 Pers.

Tabelle 38: Ambulante ärztliche Behandlung der interviewten Personen

Die letzte ambulante ärztliche Behandlung fand statt:		
innerhalb des letzten Monats	39 Pers.	87 %
vor mehr als einem Monat	6 Pers.	13 %
	45 Pers.	100 %

Tabelle 39: Stationäre Behandlung der interviewten Personen

In stationärer Behandlung hatten sich befunden:		
innerhalb des letzten Jahres	27 Pers.	60 %
vor mehr als einem Jahr	18 Pers.	40 %
	45 Pers.	100 %

Tabelle 40: Art der körperlichen Beschwerden. Zuordnung der Symptome zu Organsystemen

Organsystem	Hauptbeschwerden		Alle geäußerten Beschwerden	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Herz-Kreislauf-System	10	22 %	31	26 %
Atmungsorgane	4	9 %	8	7 %
Verdauungsorgane	4	9 %	21	18 %
Bewegungsapparat	16	36 %	24	21 %
Harn- und Geschlechtso.	1	2 %	6	5 %
Nervensystem	9	20 %	14	12 %
Endokrines System	0	0 %	8	7 %
Haut	1	2 %	4	3 %
Blut	0	0 %	1	1 %
Summe	45	100 %	117	100 %

Tabelle 41: Multimorbidität bei den interviewten Personen

Anzahl der Organsysteme, die Beschwerden verursachen	Anzahl der Personen
1 und mehr	45
2 und mehr	38
3 und mehr	24
4 und mehr	10

Tabelle 42: Störungen der Sehfunktion bei den interviewten Personen

keine Beeinträchtigung	10 Personen
Brillenkorrektur	32 Personen
Nicht zu korrigierender Funktionsverlust	3 Personen

Tabelle 43: Störungen des Gehörs bei den interviewten Personen

Keine Beeinträchtigung des Gehörs	34 Personen
Sprachliche Kommunikation behindert	10 Personen
Kommunikation sehr erschwert	1 Person
	45 Personen

Tabelle 44: Zustand des Gebisses bei den interviewten Personen

Das Gebiß ist offensichtlich sanierungsbedürftig:	
ja	23 Personen
nein	22 Personen
	45 Personen

Tabelle 45: Grad der Behinderung der interviewten Personen

Grad der Behinderung (siehe Tabelle 14)		
0	minimale Behinderung	0 Personen
1		14 Personen
2	stärkere Behinderung	10 Personen
3		9 Personen
4	bettlägrig oder auf Rollstuhl angewiesen	12 Personen
		45 Personen

Tabelle 46: Dauer der Betreuung durch die Sozialstation der interviewten Personen

Die Betreuung begann vor		
mehr als 1 Jahr	22 Personen	49 %
6 bis 12 Monate	10 Personen	22 %
weniger als 6 Monate	13 Personen	29 %
	45 Personen	100 %

Tabelle 47: Kostenträger der Betreuung durch die Sozialstation bei den interviewten Personen

Sozialamt	27 Personen	60 %
Krankenkasse	14 Personen	31 %
Selbstzahler	3 Personen	7 %
kostenlos	1 Person	2 %
	45	100 %

Tabelle 48: Art der Leistung der Sozialstation (der Kartei der Sozialstation entnommen)

Hilfe zur Pflege	18 Personen	40 %
Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, Essen	16 Personen	36 %
Sozialpsychiatrische Betreuung und Hilfe zur Pflege bzw. zur Weiterführung des Haushalts	7 Personen	16 %
Altershilfe	2 Personen	4 %
Andere Kombinationen	2 Personen	4 %
	45 Personen	100 %

Tabelle 49: Häufigkeiten der mit dem SPI erhobenen psychiatrischen Merkmale

Psychiatrische Merkmale	Anzahl der Personen mit der Beurteilung					Mittelwert der 5-Pkt.- Skala
	0	1	2	3	4	
<u>Subjektive Symptome:</u>						
Körperliche Symptome (psychogen)	18	8	11	7	1	1.222
Müdigkeit	12	6	17	9	1	1.578
Schlafstörung	7	9	10	16	3	1.978
Reizbarkeit	14	15	10	6	0	1.178
Konzentrationsmangel	17	6	14	7	1	1.311
Depressive Verstimmung	11	15	10	9	0	1.378
Angst	19	9	10	5	2	1.156
Phobien	35	3	5	1	1	0.444
Zwangssymptome	35	10	0	0	0	0.222
Depersonalisation	45	0	0	0	0	0.000
<u>Beobachtbare Symptome:</u>						
langsam, spontaneitäts- arm	34	5	6	0	0	0.378
abwehrend, verharmlosend, mißtrauisch, gereizt	24	10	6	4	1	0.844
demonstrativ, theatra- lisch	37	6	2	0	0	0.222
deprimiert	18	10	13	4	0	1.067
ängstlich, angespannt, unruhig	32	6	3	4	0	0.533
gehoben, beschleunigt, erregt	40	2	2	1	0	0.200
Affekt verflacht, inadäquat	37	5	3	0	0	0.244
Wahn, Fehldeutungen, sensitive Züge	41	1	1	2	0	0.200
Halluzinationen	37	2	4	2	0	0.356
hypochondrisch	35	1	5	3	1	0.533
depressive Gedanken	25	8	6	6	0	0.844
psychoorganisches Syndrom	16	16	11	1	1	1.000

Tabelle 50: Einnahme von Hypnotika in der untersuchten Population

Hypnotika wurden innerhalb der letzten Woche eingenommen:		
an 4 oder mehr Nächten	14 Personen	31 %
nicht öfter als an 3 Nächten	7 Personen	16 %
nie	24 Personen	53 %
	45 Personen	100 %

Tabelle 51: Trinkgewohnheiten in der untersuchten Population

kein Alkoholkonsum	19 Personen	42 %
minimaler Alkoholkonsum	21 Personen	47 %
regelmäßiger beträchtlicher Alkoholkonsum	5 Personen	11 %
	45 Personen	100 %

Tabelle 52: Frühere psychiatrische Behandlung bei den interviewten Personen

Alter, Geschl.	Behandlung bei/in	Zeitpunkt d. letzt.B.	Vom Patienten angegebener Grund
66 j. Frau	<u>ambulant:</u> NA	vor 1 J.	Depression nach Tod des Gatten
76 j. Frau	<u>stationär:</u> MPI	vor 2 J.	Verwirrheitszustand bei Krankenh.s.aufenth.
66 j. Frau	Gauting	vor 6 J.	Hypnotika-Abusus
60 j. Frau	Haar	vor 3 J.	Verfolgungswahn
60 j. Mann	Univ.	vor 10 J.	KZ-Folgen
54 j. Mann	MPI	vor 1 J.	Epilepsie
In psychiatrischer Behandlung waren:		6 Patienten	13 %
Nicht in psychiatr. Behandlg. waren:		39 Patienten	87 %
		45 Patienten	100 %

Tabelle 53: Aufgliederung der untersuchten Population nach psychiatrischen diagnostischen Kategorien und nach der psychiatrischen Behandlungsbedürftigkeit

Diagnostische Kategorie	Anzahl der Personen		Fachpsychiatrische Behandlungsbedürftigkeit					
			nein		ambulant		stationär	
Organische Syndrome:	19		12		5		2	
Seniles Hirnsyndrom		5		3		0		2
Arteriosklerotisches Hirnsyndrom		9		6		3		0
Andere organische Hirnsyndrome		5		3		2		0
Funktionelle Syndrome:	19		8		8		3	
Paranoide Syndrome		2		0		1		1
Depressive Syndrome		4		0		4		0
Andere neurotische und psychosomatische Erkrankungen		10		7		3		
Persönlichkeitsstörungen		1		1				
Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit		2						2
Keine Diagnose	7		7		0		0	
	45	45	27	27	13	13	5	5

Tabelle 54: a) Vergleich der Mittelwerte des Alters in den drei groben diagnostischen Kategorien

Diagnose	n	Alter	
		$\bar{x}$	SD
ohne Diagnose	7	69.143	10.439
organische Syndr.	19	74.684	10.337
funktionelle S.	19	62.789	10.841
alle	45	68.800	11.899

F-Test 5.619
p < 0.01

b) Kontingenztafel zwischen diagnostischer Kategorie und dem Zeitpunkt des letzten Krankenhausaufenthaltes

Zum letzten Mal im Krankenhaus	Diagnostische Kategorie		
	organ. Syndr.	funkt. Syndr.	
vor mehr als 1 J.	5	11	16
innerhalb 1 J.	14	8	22
	19	19	38

$\chi^2 = 3.886$
d.f. = 1
p < 0.05

c) Kontingenztafel zwischen Sozialschicht und eingeschätzter Behandlungsbedürftigkeit

Sozialschicht	Behandlung notwendig		
	ja	nein	
V (Sozial Veracht., Untere Untersch.)	5	9	14
IV (Obere Unterschicht)	10	5	15
III, II, I (Mittelschicht)	3	12	15
	18	26	44

$\chi^2 = 7.002$
d.f. = 2
p < 0.05

Tabelle 55: Vergleich der Mittelwerte der Variablen
"deprimiert", aufgliederung nach dem Familienstand

Familienstand	n	"deprimiert"	
		$\bar{x}$	SD
ledig	9	0.778	1.133
verheiratet	8	1.875	0.599
getrennt	8	1.375	0.992
verwitwet	20	0.750	0.887
alle	45	1.067	1.020

F-Test 3.140
p < 0.05

Tabelle 56: Vergleich der Mittelwerte der Variablen
"deprimiert", aufgliederung nach der Zahl der Personen
im Haushalt

Haushalt	n	"deprimiert"	
		$\bar{x}$	SD
1 Person	28	0.786	1.081
2 u.m. Pers.	17	1.529	0.696
alle	45	1.067	1.020

F-Test 6.143
p < 0.05

Tabelle 57: Vergleich der Mittelwerte der Variablen
"Depressive Gedanken", aufgliederung nach der Schulbildung

Schulbildung	n	"Depressive Gedanken"	
		$\bar{x}$	SD
Volksschule	32	0.563	0.899
Höhere Schule	13	1.538	1.216
alle	45	0.844	1.095

F-Test 8.394
p < 0.01

Tabelle 58: Vergleich der Mittelwerte der Variablen
"Trinkgewohnheiten", aufgliederung nach dem Geschlecht

Geschlecht	n	"Trinkgewohnheiten"	
		$\bar{x}$	SD
männlich	14	1.429	0.821
weiblich	31	0.548	0.910
alle	45	0.822	0.973

F-Test 9.152
p < 0.01

Tabelle 59: Vergleich der Mittelwerte der Variablen
"Trinkgewohnheiten", aufgegliedert nach der Wohnung

		"Trinkgewohnheiten"		F-Test 8.607 p < 0.01
Wohnung	n	$\bar{x}$	SD	
Sozialwohnung	30	0.567	0.667	
Notunterkunft	13	1.462	1.278	
alle	43	0.837	0.987	

Tabelle 60: Vergleich der Mittelwerte der Variablen
"Reizbarkeit", aufgegliedert nach dem Geschlecht

		"Reizbarkeit"		F-Test 10.843 p < 0.01
Geschlecht	n	$\bar{x}$	SD	
männlich	14	1.857	0.990	
weiblich	31	0.871	0.870	
alle	45	1.178	1.017	

Tabelle 61: Vergleich der Mittelwerte der Variablen
"Reizbarkeit", aufgegliedert nach der Wohnung

		"Reizbarkeit"		F-Test 6.099 p < 0.05
Wohnung	n	$\bar{x}$	SD	
Sozialwohnung	30	0.967	1.016	
Notunterkunft	13	1.769	0.799	
alle	43	1.209	1.024	

Tabelle 62: Vergleich der Mittelwerte der Variablen
"Halluzinationen", aufgegliedert nach der Wohnung

		"Halluzinationen"		F-Test 6.325 p < 0.05
Wohnung	n	$\bar{x}$	SD	
Sozialwohnung	30	0.133	0.427	
Notunterkunft	13	0.769	1.187	
alle	43	0.326	0.799	

Tabelle 63: Vergleich der Mittelwerte der Variablen "Halluzinationen", aufgegliedert nach dem Zeitpunkt des letzten Krankenhausaufenthaltes

Stationäre Behandlung vor	n	"Halluzinationen"	
		$\bar{x}$	SD
mehr als 1 J.	18	0.667	1.106
weniger 1 J.	27	0.148	0.448
alle	45	0.356	0.821

F-Test 4.556
p < 0.05

Tabelle 64: Vergleich der Mittelwerte der Variablen "Wahn", aufgegliedert nach dem Zeitpunkt des letzten Krankenhausaufenthaltes

Stationäre Behandlung vor	n	"Wahn"	
		$\bar{x}$	SD
mehr als 1 J.	18	0.500	1.014
weniger 1 J.	27	0.000	0.000
alle	45	0.200	0.686

F-Test 6.276
p < 0.05

Tabelle 65: Vergleich der Mittelwerte der Variablen "affektive Verflachung", aufgegliedert nach der Höhe des monatlichen Haushaltseinkommens

Einkommen	n	"affektiv verflacht"	
		$\bar{x}$	SD
unter DM 700	22	0.455	0.722
DM 700 und mehr	23	0.043	0.204
alle	45	0.244	0.564

F-Test 6.583
p < 0.05

Tabelle 66: Vergleich der Mittelwerte des Merkmals "Alter", aufgegliedert nach dem Vorliegen eines psychoorganischen Syndroms

POS	n	Alter	
		$\bar{x}$	SD
nein	16	61.625	10.392
ja	29	72.759	10.772
alle	45	68.800	11.899

F-Test 10.791
p < 0.01

Tabelle 67: Vergleich der Mittelwerte der Variablen "Konzentrationsmangel", aufgegliedert nach dem Vorhandensein eines psychoorganischen Syndroms

"Konzentrationsmangel"			
POS	n	$\bar{x}$	SD
nein	16	0.250	0.559
ja	29	1.897	1.029
alle	45	1.311	1.189

F-Test 33.681
p < 0.001

Tabelle 68: Vergleich der Mittelwerte der Variablen "Angst", aufgegliedert nach dem Vorliegen eines POS

"Angst"			
POS	n	$\bar{x}$	SD
nein	16	0.625	0.927
ja	29	1.448	1.248
alle	45	1.156	1.210

F-Test 5.100
p < 0.05

Tabelle 69: Vergleich der Mittelwerte des errechneten Schweregrades der psychiatrischen Symptomatik, aufgegliedert nach der sozialen Schicht

Schweregrad			
Sozialschicht	n	$\bar{x}$	SD
Mittelschicht	13	21.154	16.705
Obere Untersch	16	23.000	8.916
untere Schichten	15	26.067	9.595
alle	44	23.500	12.112

F-Test 0.569
n. s.

Tabelle 70: Vergleich der Mittelwerte der Variablen "abwehrend", aufgegliedert nach dem Ausmaß der Isolation

"abwehrend"			
Isolation	n	$\bar{x}$	SD
stark	18	1.278	1.283
gering	27	0.556	0.831
alle	45	0.844	1.095

F-Test 5.017
p < 0.05

Tabelle 71: Vergleich der Mittelwerte der Variablen "Sozialbeziehungen", aufgegliedert nach dem Kostenträger der Betreuung durch die Sozialstation

"Sozialbeziehungen"				T-Test - 2.723 p < 0.01
Kostenträger	n	$\bar{x}$	SD	
Sozialamt	27	1.519	0.833	
Krankenkasse	14	2.429	1.237	
alle	41	1.829	1.080	

Tabelle 72: Vergleich der Mittelwerte der Variablen "Schweregrad der körperlichen Symptomatik", aufgegliedert nach der Dauer der Betreuung durch die Sozialstation

"Schweregrad der körperlichen Symptomatik"				F-Test 7.623 p < 0.01
Dauer der Betr.	n	$\bar{x}$	SD	
weniger 1 J.	23	2.826	1.007	
mehr als 1 J.	22	3.500	0.500	
alle	45	3.156	0.868	

Tabelle 73: Vergleich der Mittelwerte der Variablen "Grad der körperlichen Behinderung", aufgegliedert nach der Zahl der Personen im Haushalt

körperliche Behinderung				F-Test 14.090 p < 0.001
Personen im Haushalt	n	$\bar{x}$	SD	
1 Person	28	1.964	1.052	
2 und mehr P.	17	3.176	0.984	
alle	45	2.422	1.183	

Tabelle 74: Vergleich der Mittelwerte der Variablen "Grad der Behinderung", aufgegliedert nach dem Zustand des Gebisses

Grad der Behinderung				F-Test 4.620 p < 0.05
Gebiß	n	$\bar{x}$	SD	
gut	22	2.045	1.107	
schlecht	23	2.783	1.140	
alle	45	2.422	1.183	

Tabelle 75: Vergleich der Mittelwerte der Variablen "Sozialbeziehungen", aufgegliedert nach dem Zustand des Gebisses

Gebiß	n	Sozialbeziehungen	
		$\bar{x}$	SD
gut	22	2.227	0.901
schlecht	23	1.391	1.010
alle	45	1.800	1.046

F-Test 8.173
 $p < 0.01$

Tabelle 76: Vergleich der Mittelwerte der Variablen "Reizbarkeit", aufgegliedert nach dem Zustand des Gebisses

Gebiß	n	"Reizbarkeit"	
		$\bar{x}$	SD
gut	22	0.773	0.997
schlecht	23	1.565	0.876
alle	45	1.178	1.017

F-Test 7.685
 $p < 0.01$

Tabelle 77: Vergleich der Mittelwerte der Variablen "Halluzinationen", aufgegliedert nach dem Zustand des Gebisses

Gebiß	n	"Halluzinationen"	
		$\bar{x}$	SD
gut	22	0.045	0.208
schlecht	23	0.652	1.047
alle	45	0.356	0.821

F-Test 6.801
 $p < 0.05$

Tabelle 78: Korrelationskoeffizienten zwischen einigen
ausgesuchten Variablen

	Sozial- bezie- hungen	Depres- sion	Wahn	depri- miert	Verläß- lich- keit
Soziale Schicht	0.403 *				
Höhe des Einkommens	0.460 **			0.475 ***	-0.368 *
Zahl der Kinder					-0.324 *
Grad der Behinderung				0.419 **	
Grad der körperlichen Symptomatik		0.467 **		0.340 *	
Zeitpunkt des letzten Arztbesuches			-0.361 *		

- * $p < 0.05$
- ** $p < 0.01$
- *** $p < 0.001$

6 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht psychische Störungen bei Patienten einer Sozialstation, die vor allem alte Menschen und zum Teil Obdachlose betreut. Es werden einige epidemiologische Befunde referiert und die Situation alter Menschen und die der Obdachlosen beleuchtet.

Im Bereich der ambulanten Krankenpflege, die früher fast ausschließlich von kirchlichen Gemeindeschwestern wahrgenommen wurde, wird die Einrichtung von Sozialstationen dargestellt, mit denen die ambulante Krankenpflege, ambulante Altenpflege und die Haus- und Familienpflege organisatorisch zusammengefaßt sind und die auch als Hilfs- und Leitstellen für Ratsuchende in sozialen Angelegenheiten dienen sollen.

Auf die Funktion evaluativer Forschung bei der Einrichtung neuer Dienste wird hingewiesen.

Die Sozialstation "Altershilfe München-Nord/Hasenberg1" wird vorgestellt. Von den 83 im Februar 1976 betreuten Patienten wurden 45 mittels des standardisierten psychiatrischen Interviews von Goldberg et al. (1970) in deren Wohnung exploriert. Auf ein Interview mit den 29 Patienten, die im Rahmen des sozialpsychiatrischen Dienstes "Carolinenhilfe" betreut wurden, wurde verzichtet.

Mit der Arbeit soll die Größenordnung psychischer Störungen im Klientel einer Sozialstation abgeschätzt und eine Aussage über den Bedarf an psychiatrischer Behandlung versucht werden. Von den 45 interviewten Personen wurden 18 für behandlungsbedürftig erachtet, 7 wegen eines organischen Syndroms, 2 wegen eines paranoiden, 4 wegen eines depressiven Syndroms und zumindest 3 Personen mit vorwiegend neurotischen Störungen. Bei 2 Alkoholikern dürfte nur der stationäre Entzug weiterhelfen.

Unter Berücksichtigung auch der nicht interviewten Personen ergibt sich ein Bedarf an psychiatrischer Hilfe bei circa 50 % der Klientel dieser Sozialstation.

In der Diskussion wird versucht, mit den erhobenen Daten eine Antwort auf einige der von Wing (1975) formulierten Fragen zur Strategie evaluativer Forschung zu finden.

Nebenbei wurde der Versuch unternommen, im gesammelten Datenmaterial Beziehungen zwischen psychiatrischen und sozialen Merkmalen herzustellen.

Schließlich werden einige Eindrücke wiedergegeben, die bei Hausbesuchen, vorwiegend in Notunterkünften, gesammelt wurden.

7 Literaturverzeichnis

1. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung: Soziale Dienste in Bayern. Teil 1: Sozialstationen. München 1976
2. Bennett, A.E., Garrad, J., and Halil, T.: Chronic disease and disability in the community: a prevalence study. Br. med. J. 3 (1970) 762-4
3. Bergener, M., K. Behrends und R. Zimmermann: Psychogeriatrische Versorgung in Nordrhein-Westfalen - Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojekts - Psychiat. Prax. 1 (1974) 18 - 33
4. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag Drucksache 7/4200, Bonn 1975
5. Bolm, H., R. Buckler, K. Freudenthal, U. Hermann, K. Lieberz, O. Schröter, V. Werner: Anwendungsmöglichkeiten einer Sozialdokumentation bei unterschiedlichen Patientenpopulationen. 3. Symposium der Arbeitsgemeinschaft für Gerontopsychiatrie, Düsseldorf (Hrsg. M. Bergener, Köln), Janssen-Symposien, Düsseldorf 1973
6. Bolm, H., R. Buckler, K. Freudenthal, S. Kanowski, K. Lieberz, O. Schröter, V. Werner: Erste Erfahrungen und Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung verschiedener geriatrischer Populationen mit der gerontopsychiatrischen Basisdokumentation. 3. Symposium der Arbeitsgemeinschaft für Gerontopsychiatrie, Düsseldorf (Hrsg. M. Bergener, Köln), Janssen-Symposien, Düsseldorf 1973
7. Brisch, U.: Obdachlosigkeit. Ursachen, Folgen, Maßnahmen. In: Obdachlosigkeit (Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 240), Frankfurt/M. 1967

8. Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit:
Bericht über die Eingliederung von Personen mit
besonderen sozialen Schwierigkeiten. Bonn 1976
9. Ciompi, L., A. Lobrinus, C. Müller: Basisdokumentation
in der Gerontopsychiatrie. 3. Symposion der Arbeits-
gemeinschaft für Gerontopsychiatrie, Düsseldorf
(Hrsg. M. Bergener, Köln), Janssen-Symposien,
Düsseldorf 1973
10. Cooper, B.: Die Verteilung psychischer Störungen in
Krankenhäusern und allgemeinen Praxen. In:
Cranach, M. v., A. Finzen (Hrsg.): Sozialpsychia-
trische Texte. Springer, Berlin-Heidelberg- New
York 1972
11. Cranach, M. v.: Klassifikation und Epidemiologie
depressiver Syndrome. Münch. med. Wschr. 116 (1974)
755-760
12. Cranach, M. v., A. Finzen (Hrsg.): Sozialpsychiatrische
Texte. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1972
13. Cumming, E. and Henry, W.E.: Growing Old. The process
of disengagement. New York 1961
14. Diekershoff, K.H.: Sozialstatus und Verhaltensweisen
älterer Menschen. In: Schubert, R. (Hrsg.):
Aktuelle Probleme der Geriatrie, Gerontopsychologie,
Gerosoziologie und Altenfürsorge. Steinkopff,
Darmstadt 1970
15. Direktorium Investitionsplanungs- und Olympiaamt München:
Wohnungen für Obdachlose. München 1967
16. Faris, R., Dunham, H.W.: Mental disorders in urban
areas: an ecological study of schizophrenia and
other psychoses. Chicago 1939
17. Ferber, C.v.: Sozialwissenschaftliche Theorien der
psychiatrischen Praxis. In: Psychiatrie der Gegen-
wart, Band 3, 2. Auflage, Springer, Berlin 1975

18. Frost, H., H. Helmchen, U. Hermann, S. Kanowski:
Vorschläge für einen Merkmalskatalog zur gerontopsychiatrischen Dokumentation. 1. Symposium der Arbeitsgemeinschaft für Gerontopsychiatrie, Krefeld (Hrsg. M. Bergener, C. Kulenkampff, Köln), Janssen-Symposien, Düsseldorf 1971
19. Fülgraff, B.: Offene Hilfen für Alte und Pflegebedürftige. In: Blohmke, M. et al. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Band 3. Enke, Stuttgart 1976
20. Goldberg, D.P., B. Cooper, M.R. Eastwood, H.B. Kedward, M. Shepherd: A standardized psychiatric interview for use in community surveys. Brit J. prev. soc. Med. 24 (1970) 18-23
21. Haag, F.: Wohnungslose Familien in Notunterkünften. Juventa, München 1973
22. Haag, G.: Zur Bedeutung ambulanter Dienste in der Altenhilfe. Blätter der Wohlfahrtspflege 6 (1972) 132-138
23. Häfner, H., H. Reimann, H. Immich und H. Martini:
Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965. Social Psychiatry 4 (1969) 126-135
24. Harris, A.J. Cox, E. and Smith, C.R.W.: Handicapped and Impaired in Great Britain, Part I, SS 418, H. M. S. O., London 1971
25. Harwin, B.: Psychiatric morbidity among the physically impaired elderly in the community: A preliminary report. In: Wing, J.K. and H. Häfner (eds.): Roots of Evaluation: The Epidemiological Basis for Planning Psychiatric Services. O.U.P., London 1973
26. Hermann, U.: Möglichkeiten und Grenzen der Dokumentation gerontopsychiatrischer Sozialdaten. 2. Symposium der Arbeitsgemeinschaft für Gerontopsychiatrie, Berlin (Hrsg.: S. Kanowski, Berlin), Janssen-Symposien, Düsseldorf 1972

27. Hippius, H. und S. Kanowski: Zum gegenwärtigen Stand der Gerontopsychiatrie in der Bundesrepublik. Nervenarzt 45 (1974) 289-297
28. Hochhuth, R.: Krieg und Klassenkrieg. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1971
29. Hollingshead, A.B., F.C. Redlich: Social class and mental illness. New York 1958
30. Irving, G., Robinson, R.A., and Mc Adam, W.: The validity of some cognitive tests in the diagnosis of dementia. Br. J. Psychiat. 117 (1970) 149-56
31. Junkers, G., S. Kanowski und R. Paur: Forschung, Lehre und Krankenversorgung aus der Sicht einer Abteilung für Gerontopsychiatrie. Z. Gerontologie 9 (1976) 151-175
32. Kay, D.W.K., Beamish, P. and Roth, M. (1964 a): Old-age mental disorders in Newcastle-upon-Tyne. Part 1. A study of prevalence. Brit. J. Psychiat. 110 (1964) 146-158
33. Kay, D.W.K., Beamish, P. and Roth, M. (1964 b): Old-age mental disorders in Newcastle-upon-Tyne. Part 2: A Study of Possible Social and Medical Causes. Brit. J. Psychiat. 110 (1964) 668-682
34. Landeshauptstadt München, Sozialreferat: Problemstudie: Zur Situation alter Menschen in München. München 1972
35. Lauter, H.: Epidemiologische Aspekte alterspsychiatrischer Erkrankungen. Nervenarzt 45 (1974) 277-288
36. Meyer, J.-E.: Bericht über die Untersuchung "Der Alterspatient in der Sprechstunde des Internisten und des praktischen Arztes" (mit Fahimeh und Hossein Mohebbi). In: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4201, Bonn 1975
37. Moore, H. und G. Kleining: Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 12 (1960) 86-119

38. Naegele, G.: Formen der Armut im Alter. Auswertung einer Altenbefragung im Landkreis Bad Kreuznach. Soziale Welt 26 (1975) 276
39. Ødegard, Ø.: Social and Ecological Factors in the Etiology, Outcome, Treatment and Prevention of Mental Disorders. In: Psychiatrie der Gegenwart, Band 3, 2. Auflage, Springer, Berlin 1975
40. Parkes, C.M.: The first year of bereavement: a longitudinal study of the reaction of London widows to the death of their husbands. Psychiatry 33, 4 (1970), 444
41. Pirkel, F.: Sozialstationen - ein Weg in die Zukunft. Bayerische Staatszeitung Nr. 19, 9. Mai 1975
42. Pörksen, N.: Kommunale Psychiatrie. Das Mannheimer Modell. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1974
43. Reimann, H. und Häfner, H.: Psychische Erkrankungen alter Menschen in Mannheim. Soc. Psychiat. 7 (1972) 53-69
44. Richter, H.E.: Die Gruppe. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1972
45. Rosin, A.J., Boyd, R.V.: Complications of illness in geriatric patients in hospital. J. Chronic Dis. 19 (1966) 307
46. Schenda, R.: Das Elend der alten Leute. Informationen zur Sozialgerontologie für die Jüngeren. Patmos, Düsseldorf 1972
47. Schettler, G. (Hrsg.): Innere Medizin, Band I, S. 12-13, Thieme, Stuttgart 1972
48. Scheuch, E.K.: Sozialprestige und soziale Schichtung. In: Soziale Schichtung und soziale Mobilität. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft 5, Köln 1961

49. Schlingensiepen, W.: Aspekte psychiatrischer und sozialwissenschaftlicher Gemeinschaftsforschung in den Vereinigten Staaten. Soc. Psychiatry 2, 3 (1967) 129-134
50. Schmitt, K.: Bayerische Sozialstationen bewähren sich. In: Amtsblatt des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung Nr. 18 vom 15. 9. 1974
51. Schwarz, K.: Sind wir auf dem Weg zu einem Volk alter Leute? Z. f. praeklin. Geriatrie 5, 3 (1975) 65-69
52. Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A.C. and Kalton G.W.: Psychiatric illness in general practice. O. U. P., London 1966
53. Siede, H., R. Lindner und K. Wollbrink: Untersuchung über die Größenordnung von psychischen Störungen und die Versorgung von psychisch Kranken in Allgemeinkrankenhäusern (internistische und chirurgische Abteilungen). In: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag Drucksache 7/4201, Bonn 1975
54. Sozialpsychiatrische Klinik der Universität Heidelberg, Forschungsstelle für psychiatrische Epidemiologie: Leitfaden für den Gebrauch des Standardisierten Psychiatrischen Interviews (SPI). Unveröffentlichtes Manuskript
55. Statistisches Amt der Landeshauptstadt München (a): Persönliche Mitteilung
56. Statistisches Amt der Landeshauptstadt München (b): Münchner Statistik, Jahresbericht 1974, 1975
57. Statistisches Amt der Landeshauptstadt München (c): Statistisches Handbuch der Landeshauptstadt München, München 1975
58. Statistisches Amt der Landeshauptstadt München (d): Münchner Statistik, Jahrgang 1974, Heft 3

59. Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Die älteren Mitbürger und ihre Lebensverhältnisse. Kohlhammer, Stuttgart, Mainz 1971
60. Strotzka, H.: Einführung in die Sozialpsychiatrie. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1972
61. Strotzka, H., Leitner, J., Czerwenka-Wenkstetten, G., Graupe, S.R. und Simon, M.D.: Kleinburg. Eine psychiatrische Feldstudie. Österreichischer Bundesverlag, Wien 1969
62. Thomae, H.: Soziale Probleme der Gerontologie. In: Handbuch der Sozialmedizin, Band 3 (Hrsg. Blohmke, M. et al.), Enke, Stuttgart 1976
63. Wing, J.K.: Die Anwendung eines psychiatrischen Fallregisters zur Evaluation des psychiatrischen Versorgungsdienstes einer Gemeinde. In: Battegay, R. et al. (Hrsg.): Aspekte der Sozialpsychiatrie und Psychohygiene. Huber, Bern 1975
64. Wing, J.K., Hailey, A.M. (Eds.): Evaluating a Community Psychiatric Service: The Camberwell Register 1964-71. O. U. P., London 1972

Ich danke Herrn Prof. Hippius für das Überlassen des Themas und die Begutachtung der Arbeit sowie Herrn Dr. von Cranach für die Betreuung während der ganzen Entstehungszeit.

Weiters sei gedankt Frau Dr. Enders für die gemeinsamen Probe-Interviews, Frau Nörtershäuser und ihren Mitarbeitern für die Vermittlung des Kontakts zu den Klienten der Sozialstation sowie Herrn Dr. Weyerer und Herrn Wegscheider für die Hilfe bei der Datenauswertung.

Lebenslauf

Am 16. 7. 1949 wurde ich, Friedemann Bürk, in Schwenningen als Sohn des kaufmännischen Angestellten Siegfried Bürk und der Kindergärtnerin Hildegard Bürk, geb. Haberer, geboren.

Nach der Grundschule erfolgte 1960 der Übertritt ins Bodenseegymnasium Lindau, wo ich 1969 die Reifeprüfung ablegte. Vom Oktober 1969 bis März 1971 leistete ich Zivildienst an den Universitätskliniken Tübingen im Pflegebereich und nahm an einer einjährigen Ausbildung zum Krankenpflegehelfer teil.

Im Sommersemester 1971 begann ich das Studium der Medizin an der Ludwig Maximilians-Universität München, wo ich im Oktober 1973 das Physikum und im Dezember 1976 das Staatsexamen ablegte.

Von der Zeit als Medizinalassistent verbrachte ich je vier Monate an der 1. chirurgischen und 1. medizinischen Abteilung des städtischen Krankenhauses München-Schwabing sowie vier Monate in der Psychiatrie im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Wunstorf.

Seit der Approbation am 1. Juni 1978 arbeite ich als Assistenzarzt in der internen Abteilung des Kreiskrankenhauses Freilassing.

